



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico
y de la salud, Hospital Hermilio Valdizán del Ministerio de
Salud**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

AUTOR

Nélida Amparo Geldres Villafuerte

LIMA – PERÚ
2014

A mis queridos pacientes con quienes empecé a afianzar y profundizar mis conocimientos, además de aprender de ellos día a día.

Informe de Experiencia Profesional

Índice

Introducción	5
---------------------	----------

I Parte	7
----------------	----------

I .Reseña Histórica Institucional del Hospital HermilioValdizán

Misión y Visión del HermilioValdizán

Objetivos del HermilioValdizán

II.Reseña histórica del departamento de Psicología del
Hospital HermilioValdizán

Actividades generales que realizan los Psicólogos
en los departamentos

III. Gestión de servicio

Descripción de áreas de trabajo

Breve Reseña Histórica del Servicio de Diagnóstico y

Consejo Psicológico

3.1 Servicio de Diagnóstico y Consejo Psicológico

3.2 Objetivos general y específicos

Funciones del Psicólogo del Servicio de Diagnóstico y

Consejo Psicológico

3.3. PROCEDIMIENTOS

Evaluaciones e intervenciones psicológicas

- a) INSTRUMENTOS DEL PROCESO PSICOLOGICO
- b) APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS
- c) PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LA INFORMACIÓN
- d) ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS
- e) COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presentación y análisis de las atenciones psicológicas. Año 2012

Presentación y análisis de las atenciones psicológicas. Año 2013

Presentación y atención y análisis de las atenciones en consejería psicológica. Año 2012

Presentación y atención y análisis de las atenciones en consejería psicológica. Año 2013

Tratamiento psicológico

Instrumentos psicológicos

II Parte

59

Caso clínico

Informe psicológico

Plan de tratamiento

Objetivos

Desarrollo de las áreas

Referencias Bibliográficas

91

Anexos

93

Lista de gráficos	Página
Gráfico 1. Pacientes Atendidos 2012 Según Sexo Hospital HermilioValdizán	34
Gráfico 2. Pacientes Atendidos 2012 Según Áreas de Evaluación Hospital HermilioValdizán	36
Gráfico 3. Áreas Evaluadas 2012 Según Sexo Femenino Hospital HermilioValdizán	38
Gráfico 4. Áreas Evaluadas 2012 Según Sexo Masculino Hospital HermilioValdizán	39
Gráfico 5. Pacientes Evaluados 2013 según sexo Hospital HermilioValdizán	40
Gráfico 6. Áreas de Evaluaciones 2013 Hospital HermilioValdizán	42
Gráfico 7. Áreas Evaluadas 2013 según sexo femenino Hospital HermilioValdizán	43
Gráfico 8. Áreas Evaluadas 2013 según sexo masculino Hospital HermilioValdizán	44
Gráfico 9. Pacientes atendidos 2012 en consejería psicológica según sexo Hospital HermilioValdizán	45

Gráfico 10. Pacientes Atendidos 2013 en Consejería Psicológica 47
Según Sexo Hospital Hermilio Valdizán

Lista de tablas	Página
Tabla 1 Estadística de casos evaluados 2012 según grupo etario del Hospital Hermilio Valdizán	35
Tabla 2 Pacientes evaluados 2013 según grupo etario Hospital Hermilio Valdizán	41
Tabla 3 Pacientes Atendidos 2012 en consejería psicológica según grupo etario Hospital Hermilio Valdizán	46
Tabla 4 Pacientes Atendidos 2013 en consejería psicológica según grupo etario en Hospital Hermilio Valdizán	48

INTRODUCCIÓN

El presente informe sobre la experiencia profesional en el Hospital de Salud mental y psiquiatría “Hermilio Valdizán”, se enmarca dentro de una línea de trabajo donde desde la vivencia se da cuenta de la intervención del psicólogo clínico y de la salud, con calidad y respeto hacia la ética, género, equidad e interculturalidad. Además se dispone de conocimientos y prácticas suficientes como para poder abordar una situación humana cualquiera desde un nivel de análisis psicológico a fin de investigarla, comprenderla, explicarla y eventualmente modificarla, mediante recursos psicológicos (terapias de orientación y consejería). El desarrollo del tema refiere sobre el quehacer psicológico en el ámbito de la Salud Mental, subrayando lo propio y matizando lo común a otras profesiones o especialidades como son la psiquiatría; neurología; medicina general; enfermería; trabajo social; etc., integrando de esta manera el equipo interdisciplinario. Asimismo, se viene promoviendo la enseñanza, investigación, atención especializada y altamente especializada; contribuyendo a mejorar la calidad de vida y desarrollo psicosocial de los pacientes.

En la primera parte del informe se describe la reseña histórica de la institución de salud, donde se menciona su visión y misión, objetivos, órganos de línea, así como también se hace una reseña breve del departamento de Psicología y las funciones de sus profesionales, quienes laboran en los diferentes departamentos. Luego se describen las funciones del Psicólogo en el Servicio de Psicología Diagnóstico, donde se viene laborando hasta la actualidad. Sus actividades principales son la evaluación y diagnóstico psicológico, que consiste en la

recopilación de información del funcionamiento psicológico a través de la entrevista clínica, tests y reportes, con el fin de establecer un diagnóstico. Asimismo se presenta el número de pacientes atendidos en los periodos 2012 y 2013.

En la segunda parte se desarrolla el caso clínicoacompañado con el informe psicológico, se describe la intervención y tratamiento; cuya finalidad es brindar las herramientas para que afronte con propiedad y maneje sus problemas empleando técnicas cognitivas conductuales.

Finalmente se considera de manera relevante que el psicólogo participe en la capacitación continua para actualizarse y así pueda brindar atenciones a quienes lo soliciten.

I PARTE

INFORME DE LA EXPERIENCIA

PROFESIONAL

INFORME DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

I. Reseña Histórica Institucional: Hospital Hermilio Valdizán

El Hospital Hermilio Valdizán es una institución del Ministerio de Salud fundado por la Beneficencia Pública de Lima en el año 1944, con la finalidad de brindar tratamiento a los enfermos mentales crónicos. Sin embargo permaneció cerrado hasta el año 1961 porque, según versión de los fundadores, la Orden de San Juan de Dios (religiosos dedicados al cuidado de los enfermos mentales), este no reunía las condiciones de infraestructura para un Hospital Psiquiátrico.

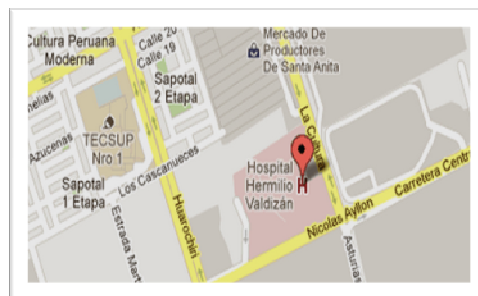
Posteriormente, Abrió sus puertas como un centro psiquiátrico para pacientes adultos recuperables el 09 de Setiembre de 1961, siendo Ministro de Salud el Dr. Rodrigo Franco Guerra, bajo la dirección del Dr. Antonio García Erazo y el Dr. Humberto Rotondo jefe del Dpto. de servicios complementarios.

El hospital desde ese entonces ha brindado a la comunidad los servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental.

En la actualidad, el Hospital Hermilio Valdizán es un hospital psiquiátrico de Tercer Nivel especializado en la atención de problemas de salud mental. Para tal fin cuenta con una estructura orgánica aprobada con R.M. N° 797-2003-SA/DM del 09 de julio del 2003. Además de la labor asistencial, la institución lleva adelante acciones de docencia e investigación en el campo de la salud mental.

Ubicación y Dirección

El Hospital Hermilio Valdizán pertenece a la Jurisdicción de la DISA IV Lima-Este y se



encuentra ubicado en la Carretera Central Km. 3.5 del distrito de Santa Anita, Lima – Perú.

Quienes Somos

Somos un Hospital especializado en la atención de los problemas de Salud Mental, para tal fin cuenta con los Departamentos: Salud Mental del Niño y Adolescente, Salud Mental del Adulto y Geronte, el de Adicciones, el de Familia, el de Análisis y Modificación de Conducta y el de Promoción de la Salud Mental además del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

El Hospital cuenta con un total de 369 camas para la atención de sus usuarios, de las cuales 75 camas corresponden al Servicio de Clínica, 60 camas al Centro de Rehabilitación de ñaña, 20 camas al Departamento de Adicciones y 4 camas para sala de Observación del Servicio de Emergencia.

Misión

Al 2015 el Hospital Hermilio Valdizán es una institución líder en la reforma de la salud mental y psiquiatría del ámbito nacional, desarrollando acciones comunitarias, preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación; con calidad, ética, equidad e interculturalidad. Promoviendo la enseñanza, investigación, atención especializada y altamente especializada; contribuyendo a mejorar la calidad de vida y desarrollo psicosocial de la población peruana.

Visión

Somos un Hospital que presta servicios altamente especializados de salud mental y psiquiatría, con calidad, equidad y eficiencia a través de equipos multidisciplinarios. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud mental y psiquiatría, desarrollamos acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el individuo, la familia y la comunidad de nuestra

jurisdicción; contribuimos a crear entornos de vida saludables con énfasis en las poblaciones de alto riesgo y realizamos actividades de enseñanza e investigación.

Objetivos

- Brindar atención integral en salud mental con servicio de salud adecuados y de calidad, bajo criterios de equidad y dentro de un modelo que responda eficientemente a la demanda de un hospital especializado.
- Optimizar el modelo Organizativo de gestión para brindar una atención con calidad y calidez en los diferentes niveles de intervención del hospital.
- Desarrollar los recursos humanos con una óptima cultura organizacional en congruencia con el modelo de atención implementado.
- Lograr el empoderamiento como hospital docente especializado en salud mental y psiquiatría que desarrolla investigación.
- Fomentar las acciones de promoción de la salud mental con la participación de la familia y comunidad a través de programas matriciales con un trabajo multidisciplinario y de coordinación multisectorial.
- Mejorar la infraestructura hospitalaria acorde con las necesidades de una institución especializada coherente con el modelo de atención.

Órganos de línea:

- Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente.
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico. Donde se ubica el Servicio de Diagnóstico y Consejo Psicológico.
- Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte.
- Departamento de Salud Mental en Familia.
- Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento.
- Departamento de Adicciones.

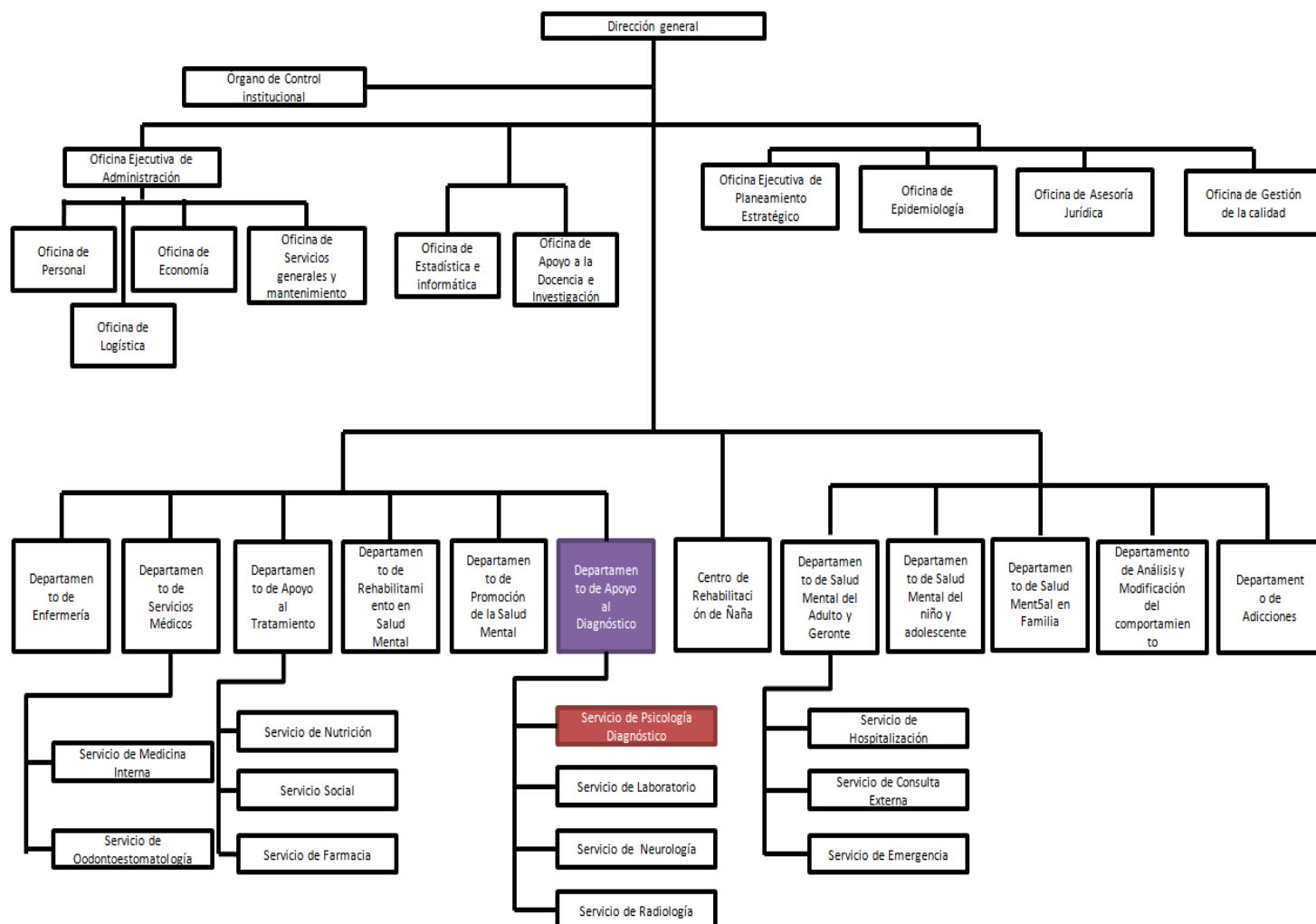
- Departamento de Promoción de la Salud Mental.
- Centro de Rehabilitación de Ñaña (CRÑ).

Resulta relevante señalar que, en todos los Departamento descritos, existe un equipo multidisciplinario especializado que integra el aporte de psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras social y personal técnico. Esta modalidad de trabajo tiende a optimizar la atención que se brinda a los usuarios del hospital, además de fomentar el continuo intercambio de experiencias diversas. El Hospital también brinda atención en Medicina Interna, Odontoestomatología, Neurología, Cardiología y Patología Clínica.

El personal del hospital en los diversos servicios cuenta con profesionales de la salud, entre los cuales tenemos:

- Psiquiatras
- Médicos
- Médicos residentes
- Odontólogos
- Psicólogos
- Enfermeras
- Trabajadoras sociales
- Internos de psicología

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN



II. RESEÑA HISTORICA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

El departamento de Psicología surge inicialmente como Servicio de Psicología aproximadamente en 1961, siendo el primer psicólogo E. Politt responsable, la función prioritaria era la evaluación y diagnóstico, bajo el enfoque dinámico, atendiendo a la población de niños, adolescentes y adultos, que eran derivados de los servicios de psiquiatría, posteriormente asume la jefatura la Ps. Amelia Arestegui. Paralelamente la Ps. María Victoria Arévalo, llegó a realizar sus prácticas pre profesionales en el año 1972, es así que al retirarse la psicóloga jefe, a solicitud del Dr. Humberto Rotondo, la Ps. Arévalo asume la encargatura aproximadamente hasta el año 1973, la misma que es interrumpida por su viaje a Alemania para participar en un curso de post grado por dos años desde 1973 a 1975, a su retorno retoma la jefatura, forma el servicio de análisis y modificación del comportamiento (SETEMOC). En el año 1976, se encarga de la jefatura del Servicio Ad-honorem, y el servicio de Psicología se subdivide en dos secciones principales: Diagnóstico psicológico, dirigida por la Ps. Gladys Toranzo y dos Psicólogos para la unidad de Terapia de la Conducta (desde 1977). Posteriormente en el año 1995 aproximadamente, pasa el servicio de psicología a ser departamento, donde se surgen cambios, en el hospital conformándose nuevos servicios y departamentos, como el SETEMOC pasa a ser el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (15-11-1979), de igual forma se forma el Departamento de Terapia Familiar Sistémica (1980), Dpto. de Psiquiatría Infantil (1980) y el Centro de Rehabilitación de Farmacodependencia de Ñaña (18-06-1980), siendo la Ps. Arévalo además de ser Jefe del Departamento de Psicología, era Coordinadora del Centro de Rehabilitación de Ñaña (1982-1984), quien posteriormente renuncia al hospital el año 1985. A partir de esta fecha hubo varios psicólogos quienes asumieron la encargatura de la jefatura siendo la Ps. Mery Ruth Román, seguida por otros psicólogos más.

Posteriormente, surgen otros cambios administrativos, desaparece el departamento de Psicología: solo queda la Jefatura del Servicio de Diagnóstico Psicológico (1989-2014). Los demás psicólogos quedan asignados a los Departamentos de Consulta Externa y Hospitalización, donde se encuentran Psicólogos que han trabajado, (retirados y jubilados, aún en ejercicio), quienes son representativos en diferentes lugares con el manejo de problemática nacional.

En la actualidad, se cuenta en DAMOC (08 psicólogos), en el Departamento del Niño y Adolescente (07), Departamento de la Salud Mental y Familia (02), Servicio de Psicología Diagnóstico (08), Departamento de Promoción de la Salud (2), Departamento de Adicciones (05), Departamento de Rehabilitación (01), Oficina de Gestión de Calidad (1), Centro de Rehabilitación de Ñaña (6), haciendo un total de Total de 40 psicólogos, al año 2014. Además se cuenta con Internos de Psicología de las diferentes universidades del país, los mismos que se encuentran en los diversos servicios haciendo un total de 23.

ACTIVIDADES GENERALES QUE REALIZAN LOS PSICOLOGOS EN LOS DEPARTAMENTOS

1. Centro de Rehabilitación de Ñaña:

Funciones:

- Realizar la evaluación psicológica, mediante pruebas específicas a los residentes y directamente en la comunidad.
- Realizar investigación y participar en programas de docencia.
- Participar en diagnósticos y evaluaciones de los residentes.
- Realizar estudios e investigaciones en lo referente a su especialidad.
- Realizar terapias individuales, grupales y familiares.
- Realizar historias clínicas
- Realizar epicrisis
- Asesorar y capacitar a internos de psicología y pasantes

- Realizar orientación y consejería
- Atención a pacientes de consulta externa
- Evaluación de los objetivos terapéuticos
- Dar altas clínicas como administrativas
- Coordinar con otros servicios
- Elaborar informes de cada uno de los residentes para conocer sus comportamientos
- Asesorar y capacitar en temas de su especialidad.

2. Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte

Funciones

- Brindar atención especializadas en pacientes asignados.
- Desplegar actividades de evaluación y tratamiento psicológico en hospitalización.
- Realizar evaluación psicológica en pacientes de hospitalización para llegar a un diagnóstico de sus molestias.
- Realizar evaluaciones psicológicas a pacientes de hospitalización en fase productiva para determinar un perfil ocupacional y vocacional.
- Brindar consejería psicológica a pacientes de hospitalización para su recuperación.
- Consejería psicológica a familias de pacientes de hospitalización para un mejor abordaje de su paciente.
- Diseñar, organizar y desarrollar talleres grupales a pacientes con problemas psicológicos diversos y sus familiares para su bienestar personal-emocional.
- Realizar actividades docentes dirigidas a otros profesionales de la salud para la capacitación respectiva.
- Realizar actividades docentes dirigidas a internos de psicología, para su formación respectiva.

3. Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente

Funciones

- Dar atención en evaluación diagnóstica tratamiento y rehabilitación.
- Desarrollar programas de promoción y prevención de salud mental.
- Desarrollar programas de tratamiento y rehabilitación.
- Capacitar en forma permanente a los miembros del equipo terapéutico del departamento. en Salud Mental del niño, adolescente y su familia en Asesoría y consultorio a profesionales o instituciones que lo soliciten.
- Prestar atención indirecta en Salud Mental del niño, adolescente y su familia en Asesoría y consultorio a profesionales o instituciones que lo soliciten.
- Participar en la Docencia y capacitación a médicos psiquiatras y profesionales de la salud.
- Desarrollar un enfoque multidisciplinario tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los casos atendidos en el departamento con la participación del psiquiatra, psicólogo trabajadora social y enfermera.
- Programación, coordinación, supervisión de actividades asistenciales de psicología.
- Ejecución de actividades de atención psicológica a los niños adolescentes y sus familias.
- Organizar, elaborar y ejecutar programas de tratamiento y rehabilitación a los usuarios del Departamento.
- Supervisar y/o ejecutar, evaluaciones laborales de diagnóstico y tratamiento médico psiquiátrico y familiar.
- Supervisar y evaluar labores de diagnóstico y tratamiento psicológico
- Ejecutar labores de diagnóstico y tratamiento psicológico
- Participar en investigaciones científicas.
- Programar y supervisar actividades de atención psicológica para los niños, adolescentes y sus familias.

- Coordinar las actividades de atención psicológica.
- Ejecutar las actividades de atención psicológica de evaluación diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Formular programas de atención psicológica en salud mental de acuerdo a la demanda.
- Ejecutar e interpretar evaluaciones psicológicas individuales o grupales.
- Elaborar informes psicológicos.
- Ejecutar programas de atención psicológica en salud mental de acuerdo a la demanda
- Coordinar la labor en equipo terapéutico.
- Ejecutar protocolos y procedimientos de atención en salud mental del niño, adolescente y su familia.
- Supervisar y evaluar protocolos de atención en salud mental.

4. Departamento de Salud Mental en Familia

Funciones

- Realizar consulta de evaluación diagnóstica a familias y parejas citadas al servicio.
- Brindar atención psicoterapéutica bajo las diferentes modalidades de intervención a familias y parejas citadas en el departamento.
- Realizar el estudio psicológico de familias mediante pruebas de la especialidad.
- Participar en consultas domiciliarias a familias mediante pruebas de la especialidad y según los requerimientos del caso.
- Participar en actividades preventivo-promocionales en el área de su especialidad.
- Realizar la evaluación psicológica individual a miembros de las familias y parejas atendidas según los requerimientos del caso.

- Participar en los programas docentes del servicio de terapia familiar y de pareja.
- Informar a la jefatura del servicio acerca de las actividades realizadas y por realizar.
- Participar en los programas docentes del servicio de terapia familiar de pareja.
- Brindar atención psicoterapéutica bajo las diferentes modalidades de intervención.
- Realizar consultas de evaluación diagnóstica a familias citadas en el departamento.
- Participar en consultas domiciliarias a familias según criterios técnicos y los requerimientos del caso.
- Participar en actividades preventivo promocionales en el área de la especialidad.
- Realizar evaluación psicológica individual a miembros de las familias atendidas, según los requerimientos del caso.
- Informar a la jefatura del servicio acerca de las actividades a realizar y las realizadas.
- Participar en los programas docentes del servicio

5. Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento

Funciones

- Realizar el tratamiento y seguimiento de los pacientes derivados al Departamento, informando del progreso de la terapia al coordinador asistencial pertinente.
- Participar en los programas docentes del Departamento, así como en las actividades académicas de actualización continua.
- Participar activamente en los proyectos de investigación, ya sea de manera individual, en equipo o los programados por el Departamento.

- Participar en programas cognitivo – conductuales que se lleven a cabo en otros ámbitos del hospital por convenio con el Departamento y con la asignación de la Jefatura.
- Llevar a cabo sesiones Psicoterapéuticas con los pacientes que ingresen al departamento.
- Asistir y participar activamente en las reuniones clínicas y/o bibliográficas del Departamento.
- Registrar puntualmente el movimiento de los pacientes adultos y niños bajo su responsabilidad.
- Participar puntualmente en la evaluación de las actividades del Departamento.
- Otros que se asigne la jefatura del Departamento.

6. Departamento de Adiciones

Funciones

- Realizar entrevistas individuales con el paciente y familia para aclarar problemas y para una futura orientación del caso.
- Aplicar las técnicas e instrumentos apropiados para la evaluación psicométrica de pensamiento, personalidad, organicidad y otros, de cada caso con el fin de alcanzar una mejor comprensión de los aspectos dinámicos y cognitivos de la personalidad del paciente.
- Tratar al paciente con técnicas de apoyo, psicoterapia breve u otra forma cualquiera de intervención psicológica que se adapte mejor a cada caso, lo cual le permita afianzar al proceso de rehabilitación, de acuerdo a los requerimientos clínicos del caso.
- Preparar al paciente y/o familia de acuerdo a sus características para su incorporación a los Programas Ambulatorios de consulta o seguimiento, o al Programa de Comunidad Terapéutica.
- Presentar semanalmente al equipo terapéutico los resultados de la

evolución psicológica de cada uno de los casos a su cargo.

- Hacer visitas diarias y anotar su opinión en la Historia Clínica.
- Elaborar informes sobre los casos atendidos.
- Participar en reuniones del equipo terapéutico para evaluar los casos.
- Acompañar a sus pacientes en las distintas etapas del tratamiento de los programas Hospitalario.
- Brindar orientación al paciente y su familia, de acuerdo a las conclusiones de la evaluación psicológica y del Equipo Terapéutico.
- Participar en reuniones clínicas del Departamento.
- Participar en conferencias, simposios y seminarios con arreglo a la programación del trabajo establecido.
- Realizar investigación relacionado a su área.
- Orientar, capacitar, supervisar a internos en Psicología.

7. Departamento de Promoción de Salud Mental

Funciones

- Realizar las actividades del departamento en el área de psicología y salud mental.
- Participar en los programas promocionales y preventivos de salud mental del departamento.
- Participar en los proyectos de investigación que se ejecuten dentro del ámbito de trabajo del departamento.
- Cumplir los reglamentos y normas vigentes en la institución así como los aspectos éticos que tienen que ver con el tratamiento de los pacientes.
- Participar en las reuniones académicas y técnicas que se llevan a cabo en el departamento.

III. GESTION DE SERVICIO

DESCRIPCIÓN DE AREAS DE TRABAJO

Breve Reseña Histórica del Servicio de Diagnóstico y Consejo Psicológico

Aproximadamente en el año 1975, en el servicio de psicología se realizaba la función de diagnóstico, siendo actividad única, estuvo a cargo la Ps. María Arévalo de Navarro, quien laboraba en este servicio. En el año 1977, se incrementa el número de psicólogas (03) como también las actividades sumándose la terapia conductual, sin embargo la actividad principal siguió siendo el diagnóstico psicológico.

El 23 de setiembre del año 1979, el servicio de diagnóstico era integrado con el servicio de terapia y modificación de conducta (SETEMOC), se separa quedándose en el ambiente físico donde funcionaba, constituyéndose como Servicio de diagnóstico psicológico, siendo la primera jefa la Ps. Gladys Toranzo Pérez, quien posteriormente viajó al Cuzco por motivo de trabajo por un espacio de 6 meses, a su regreso se mantuvo como jefa hasta el año 1989. En aquel tiempo, el servicio llevaba a cabo evaluaciones a pacientes de consulta externa (adultos y niños) y a pacientes de hospitalización (adultos), derivados por los médicos psiquiatras. A partir de 1981, se dejó de intervenir con los niños y adolescentes, ya que el departamento de psiquiatría infantil ya contaba con dos psicólogas. En este año el psicólogo del servicio, pasó a laborar en cada uno de los cuatro pabellones, constituyéndose desde aquel tiempo los equipos multidisciplinarios con los otros profesionales.

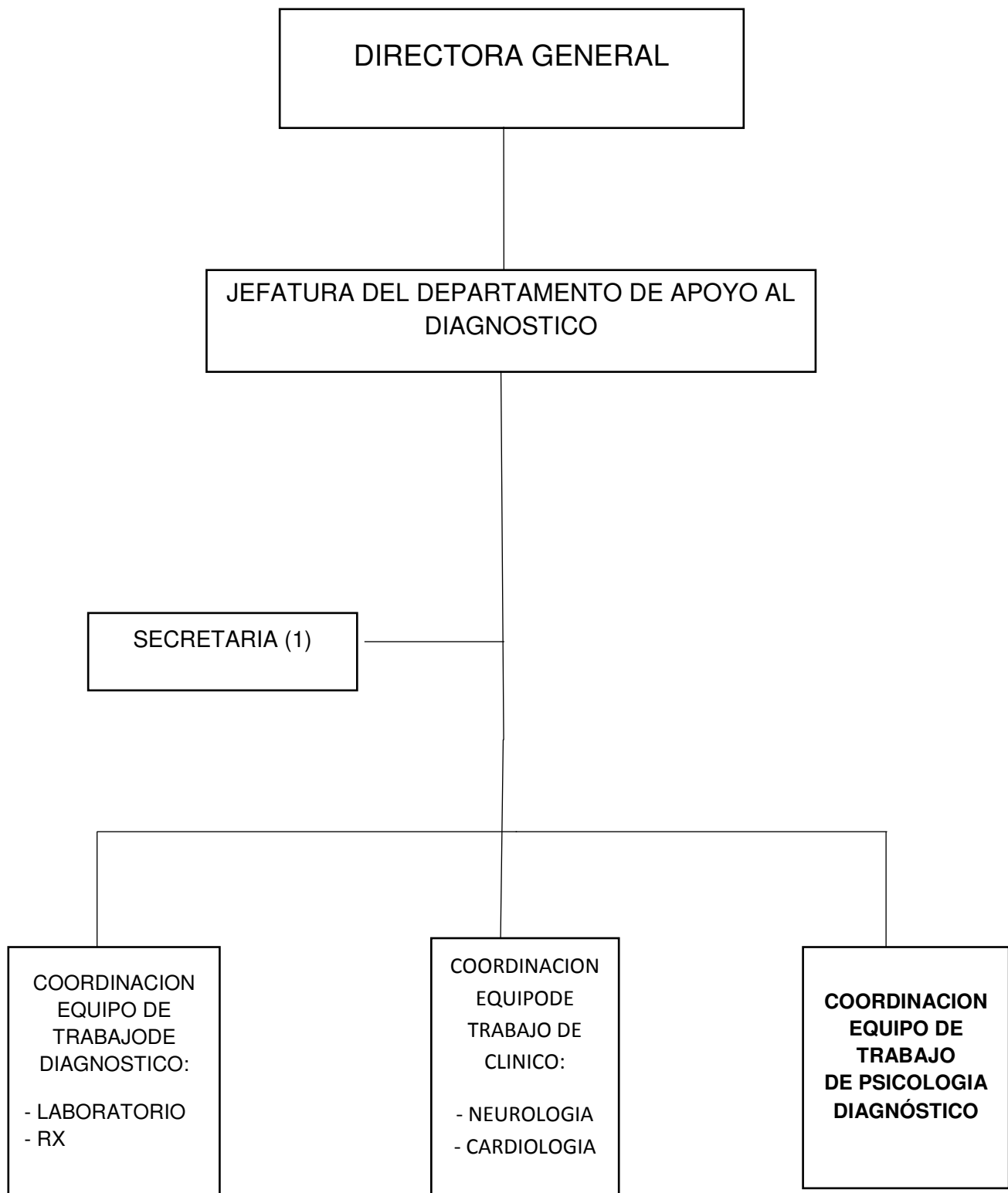
A partir de 1990 al 2008, asume la jefatura el Ps. Sixto Bonifacio, se mantenían las actividades de psicodiagnóstico, además se realizaba evaluaciones de selección de personal para cubrir una de las plazas, también al personal que era observado por presentar problemas emocionales, se participaba en las actividades científicas

como reuniones clínicas y revisiones bibliográficas que eran dirigidas por el Dr. Humberto Rotondo, en la capacitación a los médicos residentes y a otros profesionales que trabajaban con la salud mental, además intervenía en las reuniones de admisión para hospitalización para programar su tratamiento.

Desde el año 1997, se implementó la intervención psicológica en forma de terapia breve, para problemas familiares, de adolescentes, orientación de pareja, desajustes emocionales leves. Asimismo el psicólogo asignado trabajaba en los programas preventivos en problemas de salud mental, constituyéndose como miembro del equipo multidisciplinario. Además se extendió la atención a los centros educativos circunscritos dentro de la zona, promocionando la evaluación de orientación vocacional a los alumnos de 5to. de secundaria.

En la actualidad, se sigue llevando a cabo la labor principal de diagnóstico psicológico como la intervención psicológica en consejería.

Organigrama Funcional del Departamento de Apoyo al Diagnóstico



SERVICIO DE DIAGNÓSTICO y CONSEJO PSICOLOGICO

En la actualidad el servicio de diagnóstico y consejo psicológico, depende directamente del departamento de apoyo al diagnóstico, asimismo coordina con el departamento de adulto y geriatría, departamento de promoción de la salud mental, departamento de enfermería y servicio social. Su ámbito de atención está dirigido a toda la población de pacientes que son derivados de consulta externa y de hospitalización, cuyas edades es a partir de los 17 años de edad hacia adelante.

RECURSOS HUMANOS

EL servicio de diagnóstico psicológico, cuenta con:

Psicóloga Jefe (01)

Psicólogos Asistentes (07)

Internos de Psicología (05) que permanecen por un año.

Secretaria (01)

AMBIENTES FISICOS:

El servicio de diagnóstico psicológico cuenta con:

- Un ambiente de jefatura
- Un ambiente para secretaría
- 07 consultorios para atención a los pacientes.

.OBJETIVOS

Objetivo General

- Brindar atención psicológica a los pacientes usuarios del hospital Hermilio Valdizán, con respecto a la evaluación, diagnóstico y tratamiento que contribuya a mejorar su estado de salud psicológica.

Objetivos Específicos

- Realizar evaluación psicodiagnóstica a los pacientes adolescentes, adultos y adultos mayores, varones y mujeres que son derivados como interconsulta al servicio.
- Establecer plan de intervención psicológica a pacientes que acuden al servicio, mediante la modalidad de orientación y consejería psicológica.
- Desarrollar acciones de intervención con la familia mediante sesiones psicoeducativas para informar en relación a la enfermedad y al tratamiento.

Funciones Específicas

- Realizar evaluaciones Psicológicas en pacientes de consulta externa y hospitalización para llegar a un diagnóstico de sus molestias.
- Participar en evaluaciones de peritajes psicológicos en personas derivadas por instancias judiciales para su diagnóstico respectivo.
- Efectuar evaluaciones psicológicas en postulantes a una plaza laboral para su selección respectiva.
- Realizar evaluación psicológica a estudiantes para determinar el perfil profesional a seguir.
- Brindar consejería psicológica a pacientes de Consulta Externa, hospitalización y emergencia para su recuperación.
- Brindar consejería psicológica a familias de pacientes de consulta externa,

hospitalización y emergencia para el tratamiento de su paciente.

- Realizar orientación vocacional a estudiantes para elegir una carrera universitaria.
- Realizar actividades docentes dirigidas a alumnos en sus prácticas pre profesionales (internado) de las diversas universidades.
- Realizar actividades docentes de capacitación continua al personal y otros profesionales para mejorar su competencia.

(Datos Según M.O.F. Fuente de la web del Hospital Hermilio Valdizán)

PROCEDIMIENTOS

a) Evaluaciones e intervenciones psicológicas

1. Evaluación del área de inteligencia

Es importante llevar a cabo un análisis cuantitativo de la inteligencia en su doble aspecto de rendimiento actual y potencial, considerando que son necesarios para un adecuado tratamiento, psicológico, educativo y social.

El análisis de la inteligencia implica no sólo obtener un Coeficiente intelectual, sino detenerse en algunas funciones principales del proceso mental, tales como la comprensión y razonamiento, el poder conceptual y atención, la memoria y coordinación viso motriz. Es necesario observar qué funciones están deterioradas y a qué nivel de integración de la realidad funciona el examinado

2. Evaluación de Personalidad

Se refiere al examen de los rasgos, el discurrir de las emociones, impulsos y tendencias de la personalidad, así como los principales conflictos y la maduración social. Se analizan los mecanismos de ajuste que emplea el entrevistado para situarse en la realidad.

3. Evaluación Pensamiento

Es relevante realizar análisis de los procesos asociativos del pensamiento, con el fin de ver si existen alteraciones del trastorno mayor del pensamiento (esquizofrenia, psicosis, etc), desórdenes emocionales como ansiedad, depresión, como de establecer el diagnóstico diferencial, considerando que es importante para un adecuado tratamiento, psicológico y farmacológico.

4. Evaluación de Neuropsicológica

Fundamentalmente, su tarea es orientar a determinar el funcionamiento actual de las funciones superiores, determinar la actividad cognoscitiva del paciente, la valoración del diagnóstico diferencial entre síntomas psiquiátricos y neurológicos. Además de descartar demencia y deterioro cognitivo.

5. Evaluación de Descarte orgánico

Es importante evaluar si existen ó no la existencia de lesiones cerebrales, para ello necesitamos conocer otros conceptos o criterios como el tipo de lesión, el tipo de síndrome orgánico cerebral clásico.

6. Orientación Vocacional

Se realiza la evaluación de esta área con el objetivo de proporcionar ayuda a los pacientes que requieran orientación vocacional, además de incluir los hábitos de estudio. (Solo para pacientes con tratamientos en el hospital en fase productiva), resultados a considerar con su nivel intelectual y sus características de personalidad.

7. Deterioro Esquizofrénico

Establecer el nivel deterioro del paciente que presenta cuadros psicóticos crónicos para ver su funcionalidad en lo social, personal, laboral, etc.

8. Consejería Psicológica

Se interviene con pacientes que presentan problemas de urgente intervención, dependiendo de la perturbación que manifiesten como problemas emocionales o de personalidad. Es la ayuda donde se utilizan determinados enfoques teóricos y técnicas, trata de inducir cambios importantes en la personalidad y la conducta del cliente. Se brinda la atención psicológica en problemas emocionales como:

- Duelo
- Reacciones depresivas
- Reacciones ansiosas
- Estilo de crianza
- Manejo de conductas en hijos adolescentes

Perfil de la población atendida

Pacientes que son enviados por orden del psiquiatra por problemas como:

- Intentos e ideaciones suicidas.
- Trastornos del humor.
- Trastornos de ansiedad
- Estrés post traumáticos.
- Esquizofrenia, tipos y trastornos psicóticos.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos de conducta alimenticia.
- Dependencia a sustancias psicoactivas
- Trastornos de conducta
- Trastorno de las emociones.
- Casos Legales (violencia familiar, maltrato, abusos sexuales, etc.)

b) INSTRUMENTOS DEL PROCESO PSICOLOGICO

1. Evaluación psicológica:

Apreciamos con frecuencia en la práctica profesional que el psicólogo se detenga en el diagnóstico y obvie instruir al examinado a fin de que colabore en la ejecución de las pruebas, pues ¿cómo iniciar la aplicación de las mismas sin antes disminuir la desconfianza y ansiedad, normales a toda situación de examen. Aquí interviene la personalidad del psicólogo y su dominio de la comunicación. Anderson (1963) nos dice que la creación de un rapport entre sujeto y examinador sigue siendo un arte incommunicable (Amorós, Víctor, 1980).

.La evaluación es el procedimiento en la cual se usa una serie de estrategias, técnicas que nos permiten conocer aspectos psicológicos de una persona en particular, considerando cualquier área a evaluar. Decimos conocer el estado psicológico actual porque la manifestación psicológica o la conducta humana va cambiando en el transcurrir del tiempo, quiere decir que el estado psicológico en el sujeto puede variar en relación al pasado, o en relación a un tiempo futuro, dependiendo de circunstancias o factores que pudieran alterar un normal funcionamiento; por eso se señala que la evaluación describe un estado psicológico actual.

- **Observación:**

El psicólogo presenta dentro de su función, el dominio de la técnica de la entrevista, la observación sistemática de la expresión y del comportamiento, no sólo para describirlos, sino para captar el significado del hecho psíquico. Piaget nos recuerda que el buen clínico se deja dirigir, a la vez que dirige y tiene en cuenta todo el contexto mental en lugar de ser víctima de errores sistemáticos. (Amorós, Víctor, 1980).

Es un procedimiento que consiste en la destreza visual que todo terapeuta posee y en torno a ella gira la entrevista psicológica.

- **Entrevista Psicológica**

"Es un 'procedimiento' en el cual lo fundamental no es la 'técnica' que se aprende, sino la personalidad del psicólogo quien debe ser capaz de crear una relación humana positiva". "Condición esencial para que se lleve a cabo la comunicación verbal e indirecta y el acercamiento intelectual y emocional entre entrevistado y entrevistador." (Amorós, Víctor, 1980).

Es una técnica fundamental, donde uno de los integrantes es un profesional que desempeña su rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber qué es lo que está pasando en la misma y debe actuar según este conocimiento.

- **La evaluación clínica:**

Se lleva a cabo mediante la técnica de la observación y la entrevista, considerando de relevancia la elaboración de la historia clínica y examen mental o psicopatológico. Para ejecutar ello, se toma como referencia, la Historia Clínica, diseñada por el Dr. Humberto Rotondo.

Como parte de la **historia clínica**, se recoge datos de filiación, describir la enfermedad actual (breve relación de las molestias principales, de acuerdo a los informantes y al paciente), episodios previos, la enfermedad actual propiamente dicha; historia personal (desarrollo inicial, educación, ocupación, historia psicosexual, historia marital o de compromiso historia de la recreación y la vida social, hábitos, religión, movilidad e instalación, enfermedades, personalidad) e historia familiar.

En el **examen mental**, se explora el porte, comportamiento y actitud, nivel de conciencia, curso del lenguaje, estado afectivo, nivel de contenido (temas de preocupación, tendencias y actitudes dominantes), memoria, capacidad intelectual, comprensión de la enfermedad o problema.

2. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS:

La evaluación psicométrica, es efectuada con los tests psicológicos. Para ello, se requiere de la habilidad del clínico para poder obtener la información que se necesita, se tiene que orientar la entrevista y los instrumentos a la información que se necesita y desechar la información que es irrelevante (no importante)

Amorós, V. (1980), menciona que los tests que utiliza el psicólogo clínico, pueden proporcionar datos valiosos para la comprensión de los síntomas, así como referirse al grado de perturbación mental o deterioro psicológico, quizá en menos tiempo.

3. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS O DE LA INFORMACIÓN:

Posterior a haber obtenido la información recopilada, es necesario procesarla mediante un análisis cuantitativo de los resultados, que consiste en la calificación manual y computarizada de las pruebas administradas; así como también se procede al análisis cualitativo, que está dirigida a la interpretación de los resultados alcanzados, de acuerdo a las normas establecidas para cada uno de los instrumentos y de acuerdo a las características de los evaluados.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Se efectúa en base a los resultados considerando las normas que establezca cada instrumento.

El Diagnóstico Psicológico

El diagnóstico psicológico se orienta a la apreciación de las propiedades psicológicas y a determinar la naturaleza de la dolencia mental y de la personalidad, mediante la entrevista, observación del comportamiento y la aplicación de los tests indicados; con una connotación implícita cual es la evaluación cuantitativa y cualitativa de sus resultados (Amorós, Víctor, 1980).

En el diagnóstico psicológico no sólo permite un perfil negativo del paciente sino también sus recursos personales e intelectuales, nivel de iniciativa, deseos de

integración social, considerado todo ello importante para el pronóstico y el curso del tratamiento.

El diagnóstico psicológico no sólo nos informa sobre la estructura normal o patológica del examinado, sino que contribuye al estudio de la etiología de los síntomas, ofreciendo una imagen dinámica de la personalidad, útil, no sólo para el diagnóstico, sino también para el tratamiento y pronóstico (Amorós, Víctor, 1980)

Entonces: Es el resultado del proceso de evaluación con métodos clínicos y psicométricos, para llegar a este diagnóstico psicológico se ha pasado por:

- a. Evaluación clínica; se hace con la técnica observación y la entrevista.
- b. Evaluación psicométrica (los test).
- c. Evaluación del curso de la enfermedad, desde que empezó hasta el momento actual (evaluación o curso de la enfermedad). Evaluación etiológica; estar en capacidad de poder explicar cuáles son las posibles causas de esta patología que se ha obtenido como resultado de la evaluación.

Finalmente se plantea el diagnóstico realizado según las normas del DSM IV, CIE 10 y los métodos de observación y entrevistas, evaluaciones que se dan en las sesiones. Cabe destacar que estos diagnósticos pueden ser: **descriptivos** con indicadores que no se estipule en algún trastorno o enfermedad según las normas del DSM IV ó CIE 10 o **formal**, con indicadores sistemáticos dentro de un trastorno o enfermedad en los manuales mencionados.

5. COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS:

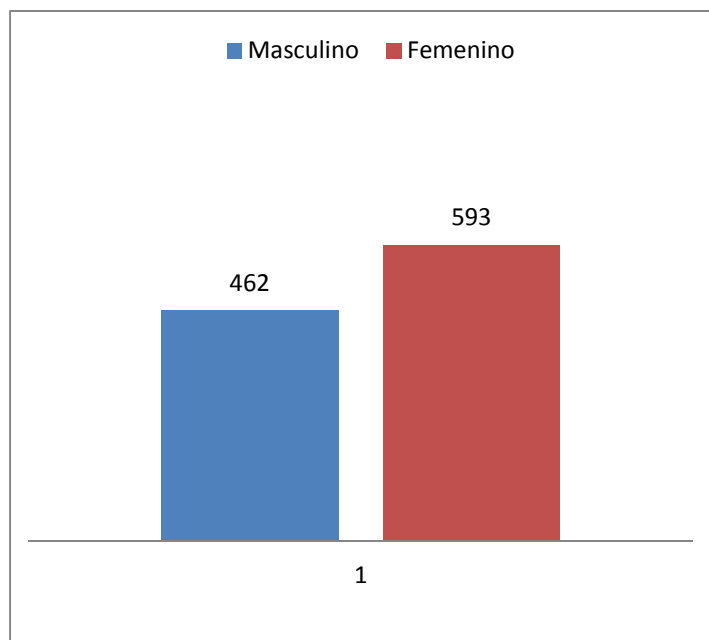
Se efectúa a través del informe psicológico que es un instrumento a través del cual se presenta una exposición minuciosa de los resultados de la evaluación como todos los datos cuantitativos y resultados cualitativos. Aparte de los resultados, se indicarán antecedentes, observaciones, motivo de consulta, conclusiones y recomendaciones.

Se considera una de las herramientas más utilizadas dentro de la práctica psicológica siendo la expresión del trabajo realizado a partir de la demanda del sujeto o paciente, además permite comunicar a otros profesionales mediante este documento.

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LAS ATENCIONES PSICOLÓGICAS

En este apartado se detalla el número de atenciones brindadas a los pacientes que han sido derivados al Servicio de Diagnóstico Psicológico, durante los años 2012 y 2013, tanto en evaluaciones e intervenciones psicológicas, resultados que se presentan en gráficos y cuadros respectivamente.

Se puede observar en el gráfico N°1, que de las 1055 atenciones psicológicas que se hicieron en el 2012, se atendió a 593 mujeres (56%) y a 462 varones (44%).



Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Gráfico 1
Pacientes Atendidos 2012 Según Sexo Hospital Hermilio Valdizán

En la tabla 1, se visualiza que el mayor número de pacientes atendidos se encuentra en la población adulta, cuyas edades fluctúan entre los 30 a 64 años (39%), seguido del grupo de los jóvenes de 20 a 29 años (34%). Mientras que la población con menos pacientes atendidos son los adultos mayores de 65 a 90 años (8%).

Tabla 1

Estadística de casos evaluados 2012 según grupo etario del Hospital Hermilio Valdizán

Rango de Edad	N	%
Adolescente (16 - 19)	201	19
Jóvenes (20 - 29)	359	34
Adultos (30 - 64)	415	39
Adulto Mayor (65 - 90)	80	8
Total	1055	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico 2 se puede apreciar que el área de personalidad (49 %) ha sido la más solicitada en el 2012, seguida por el área de pensamiento (20%) y el área de neuropsicológico (17%). Por el contrario las evaluaciones menos requeridas son de deterioro esquizofrénico y orientación vocacional (4%).

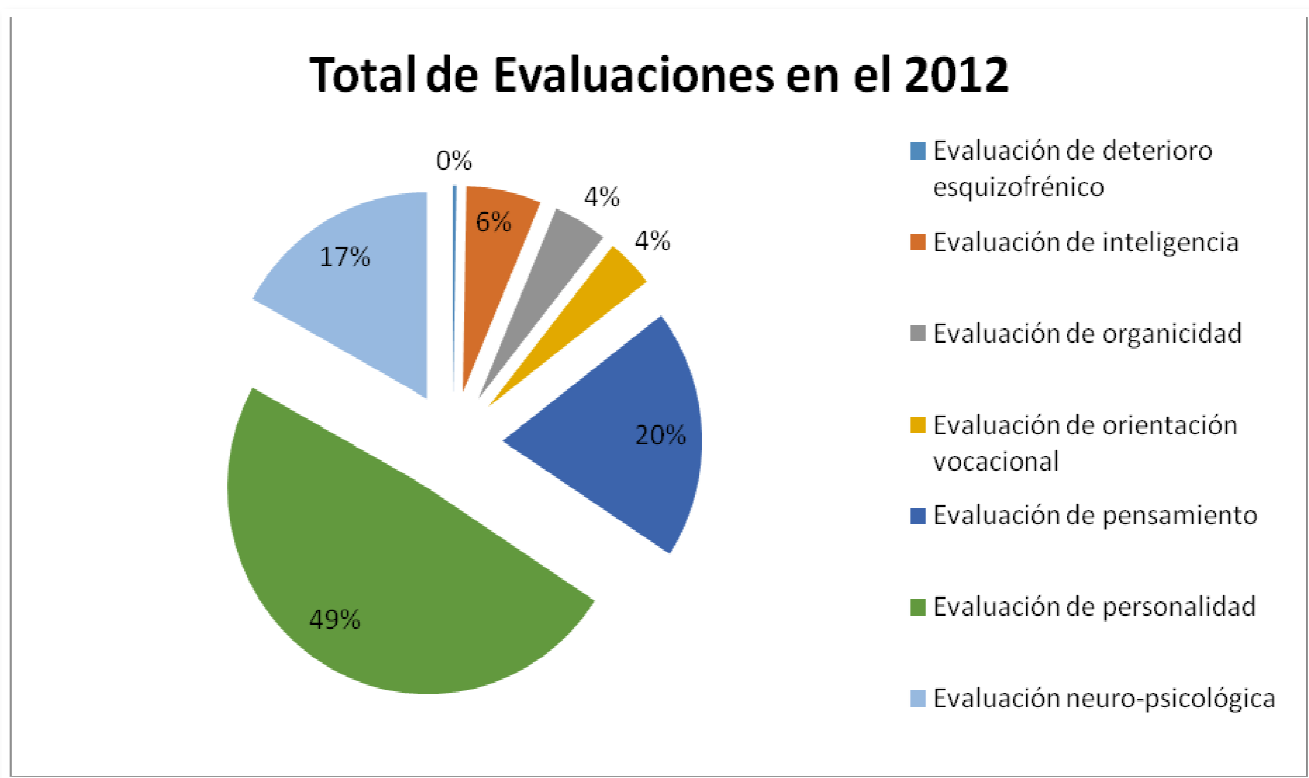


Gráfico 2

Pacientes Atendidos 2012 Según Áreas de Evaluación Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico 3 se puede visualizar que el área más solicitada en las mujeres es de personalidad (55%), seguido de pensamiento (19%) y neuropsicológico (13%). Sin embargo el área menos evaluada es orientación vocacional (3%).

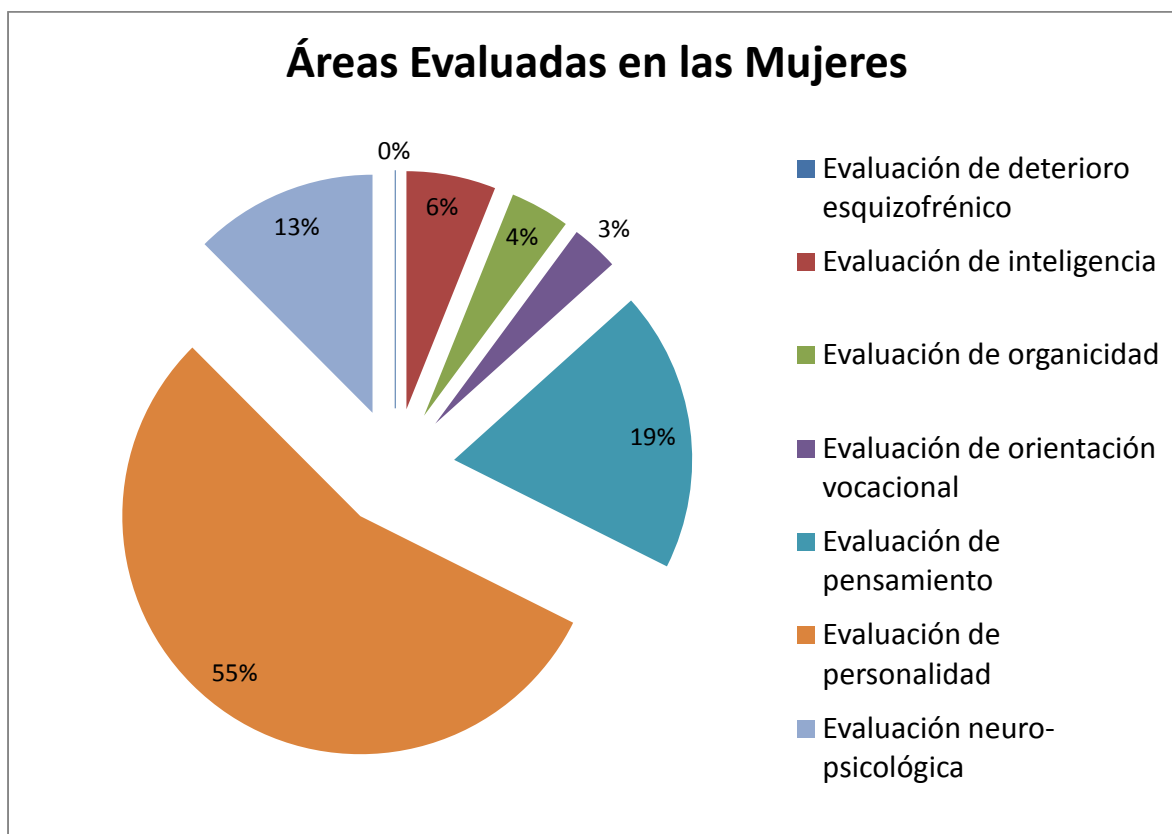


Gráfico 3

Áreas Evaluadas 2012 Según Sexo Femenino Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico 4 se puede apreciar que el área más evaluada en los varones es el área de personalidad (41%), seguido por neuropsicológico (23%) y por pensamiento (20%). También vemos que el área menos evaluada es deterioro esquizofrénico

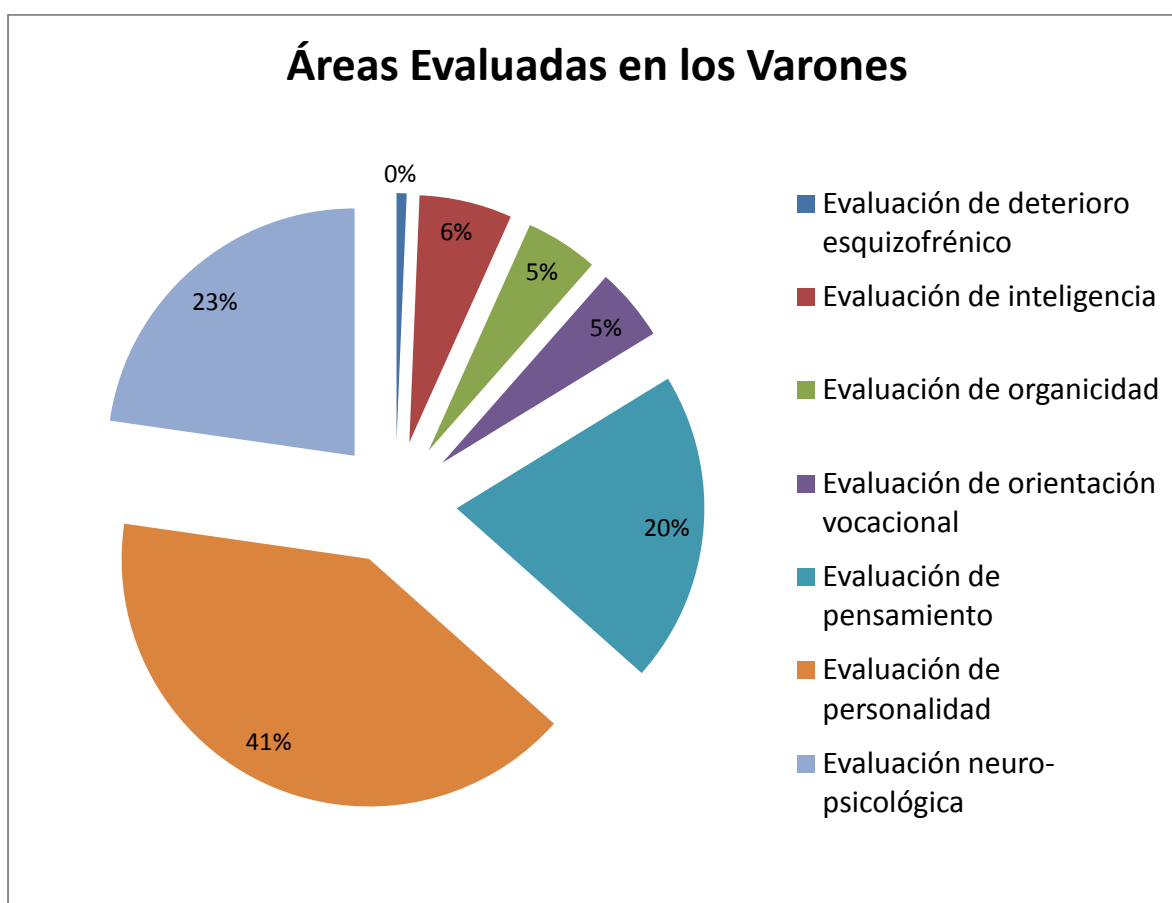
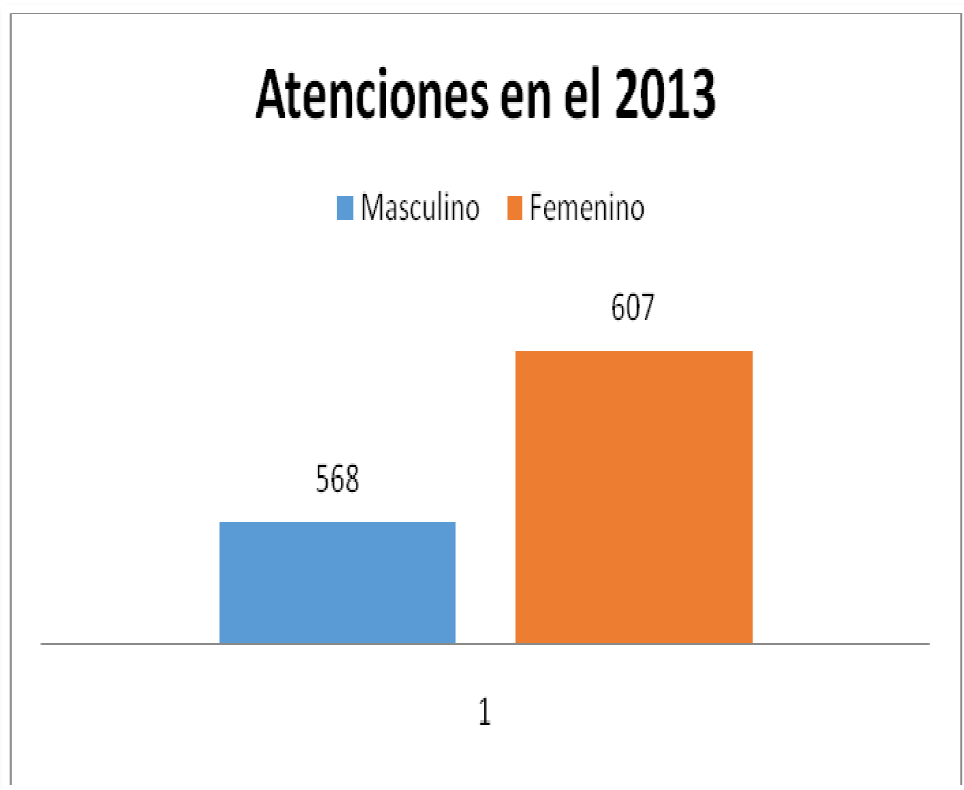


Gráfico 4: Áreas Evaluadas 2012 según sexo masculino Hospital Hermilio Valdizan

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Gráfico 5

Pacientes Evaluados 2013 según sexo Hospital Hermilio Valdizán



En el gráfico 5 se puede observar que del total de las 1175 atenciones psicológicas que se hicieron en el 2013, se atendió a 607 mujeres (52%) y a 568 varones (48%).

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En la tabla 2, se visualiza que el mayor número de pacientes atendidos se encuentra ubicada en la población adulta que oscilan en edades entre 30 a 64 años (46%), seguido de los jóvenes de 20 a 29 años (27%). Mientras que la población con menos pacientes atendidos son los adultos mayores de 65 a 90 años (10%).

Tabla 2

Pacientes evaluados 2013 según grupo etario Hospital Hermilio Valdizán

Rango de Edad	N	%
Adolescente (16 - 19)	203	17
Jóvenes (20 - 29)	317	27
Adultos (30 - 64)	545	46
Adulto Mayor (65 - 90)	110	10
Total	1175	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico 6 se puede apreciar que el área más solicitada a evaluar en el año 2013 es de personalidad (51%), seguida por el área neuropsicológica (19%) y de pensamiento (15%). Por el contrario, la evaluación menos requerida es de deterioro esquizofrénico.

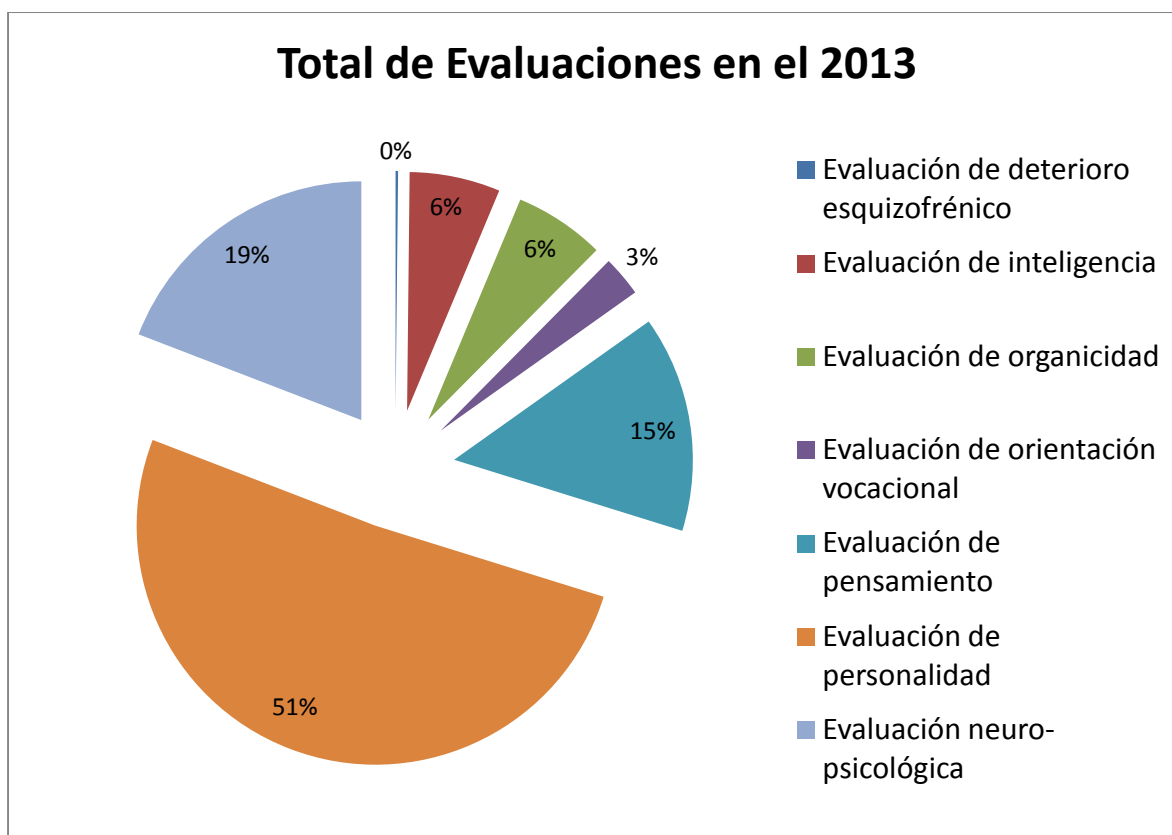


Gráfico 6

Áreas de Evaluaciones 2013 Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico 7 se puede apreciar que el área más solicitada en las pacientes mujeres ha sido el área de personalidad (55%), seguido por el área neuropsicológico (16%) y por el área de pensamiento (15%). Sin embargo el área menos requerida es el área de deterioro esquizofrénico.

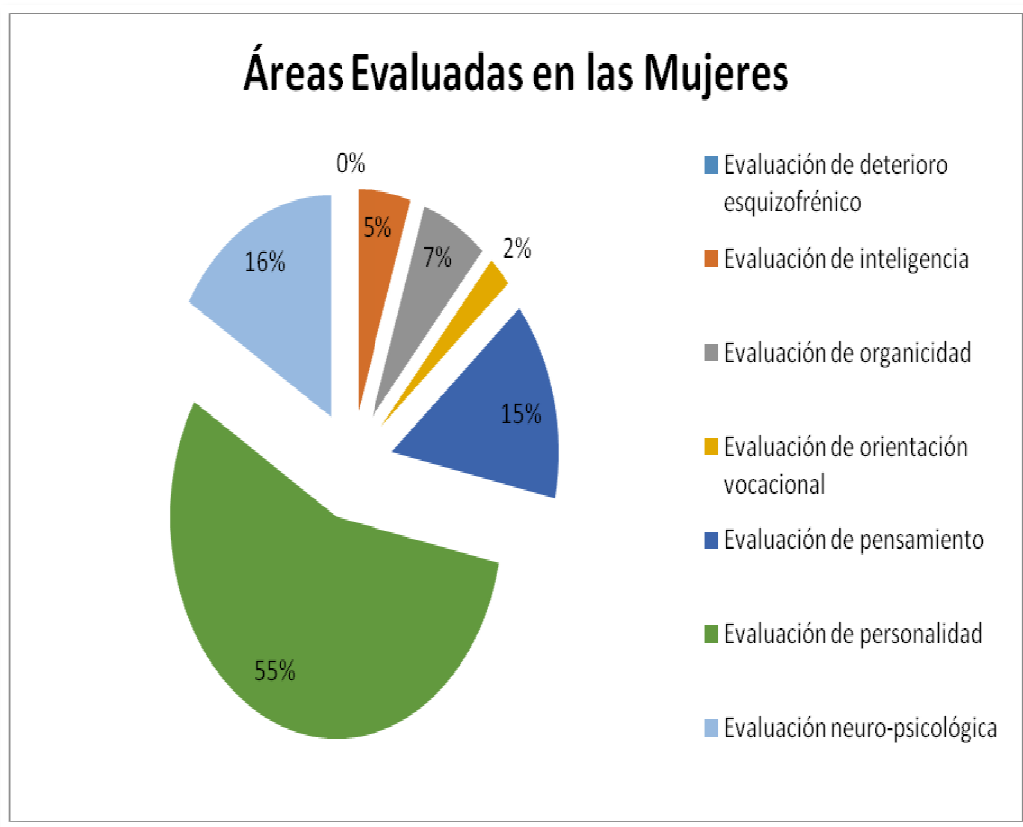


Gráfico 7

Áreas Evaluadas 2013 según sexo femenino Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico 8 se visualiza que en los varones, el área más requerida ha sido de personalidad (47%), seguido por neuropsicológico (22%) y por pensamiento (15%). De la misma manera que en las mujeres el área menos evaluada es deterioro esquizofrénico

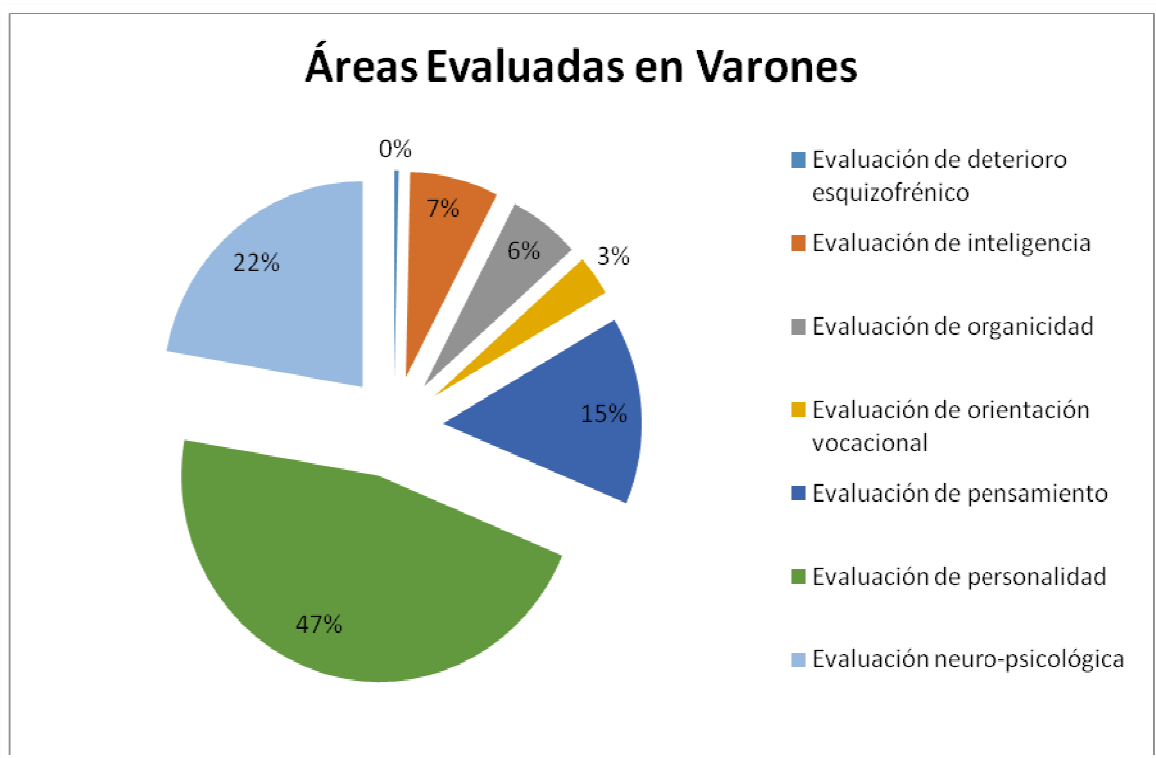


Gráfico 8

Total de áreas evaluadas 2013 según sexo masculino Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LAS ATENCIONES DE CONSEJERÍA PSICOLÓGICA

En el gráfico 9 se puede observar que de las 189 consejerías psicológicas que se hicieron en el año 2012, se atendió a 147 mujeres (78%) y a 42 varones (22%).

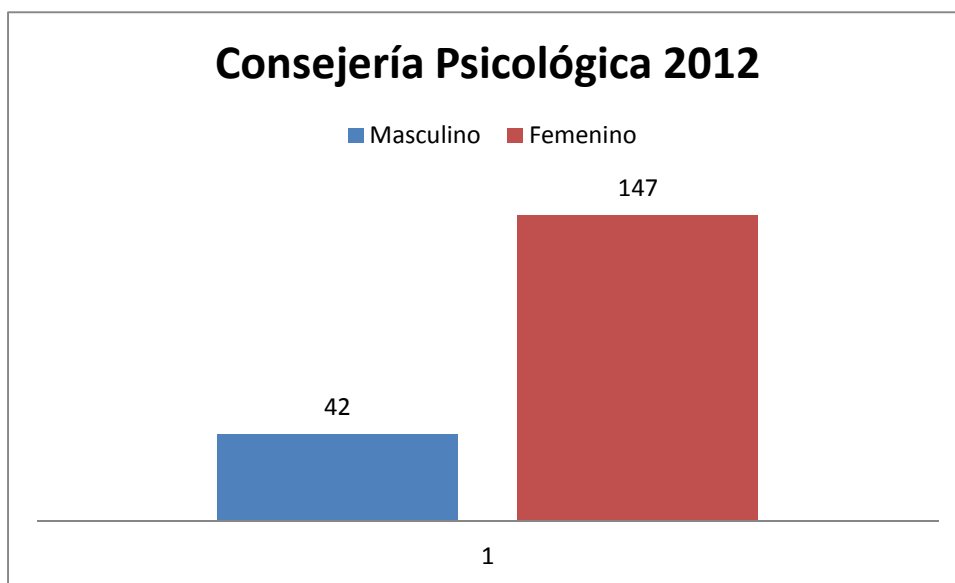


Gráfico 9

Pacientes atendidos 2012 en consejería psicológica según sexo Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En la tabla 3, se visualiza que el mayor número de pacientes atendidos se encuentra ubicado en la población adulta de edades que oscilan entre 30 a 64 años (58%), seguidos por el grupo de los jóvenes de 20 a 29 años (29%). Mientras que la población con menos pacientes atendidos son los adultos mayores de 65 a 90 años (1%).

Tabla 3

Pacientes Atendidos 2012 en consejería psicológica según grupo etario Hospital Hermilio Valdizán

Rango de Edad	N	%
Adolescente (15 - 19)	23	12
Jóvenes (20 - 29)	56	29
Adultos (30 - 64)	111	58
Adulto Mayor (65 - 90)	1	1
Total	191	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el gráfico N°10 se puede observar que de las 208 consejerías psicológicas que se ejecutaron en el 2013, se atendió a 152 mujeres (73%) y a 56 varones (27%).

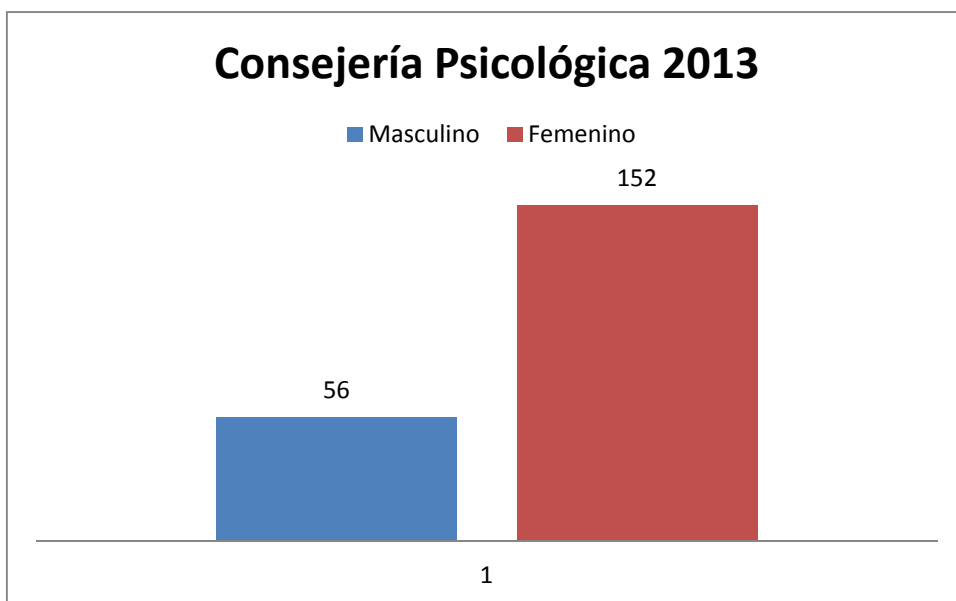


Gráfico 10

Pacientes Atendidos 2013 en Consejería Psicológica Según Sexo
Hospital Hermilio Valdizán

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En la tabla 4 se visualiza que el mayor número de pacientes atendidos se encuentra en la población adulta de edades que fluctúan entre los 30 a 64 años (64%), seguido del grupo de los jóvenes de 20 a 29 años (23%). Mientras que la población con menos pacientes atendidos han sido los adultos mayores de 65 a 90 años (2%).

Tabla 4

Pacientes Atendidos en el 2013 en consejería psicológica según grupo etario en Hospital Hermilio Valdizán

Rango de Edad	N	%
Adolescente (15 - 19)	23	11
Jóvenes (20 - 29)	47	23
Adultos (30 - 64)	134	64
Adulto Mayor (65 - 90)	4	2
Total	208	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La intervención terapéutica se realiza basada en el enfoque cognitivo conductual: Es una forma de intervención al usuario, cuyo eje central está dado por el apoyo emocional, aprendizaje por modelamiento y estrategias de solución de problemas; todos los cuales contribuyen a mejorar el afrontamiento al estrés, así como la autoeficacia, facilitando el alcance de mejores niveles de bienestar y calidad de vida. (Navarro, R. 2006)

El enfoque cognitivo conductual, son las intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas más adaptativas (Brewin, 1996).

Presentan cuatro características: (Navarro, R. 2006).

- ✓ Está enfocada en el cambio del comportamiento, por ende de los esquemas inadaptativos.
- ✓ Mejora la habilidad de solución de problemas
- ✓ Presta atención a los procesos mediante los cuales las personas controlan su conducta.
- ✓ Ofrece respeto y máxima consideración a los valores científicos.

Las intervenciones mediante la elaboración de un Plan de Intervención Psicológica, las sesiones son una vez por semana durante un periodo mínimo de 6 semanas. La terapia termina con la entrega formal del Informe de la intervención

terapéutica, por escrito al médico psiquiatra, donde se informa los avances así como las dificultades encontradas y posibles recomendaciones a seguir.

Los programas de intervención consideran los siguientes criterios:

- ✓ Psicoeducación
- ✓ Autoobservación y autoregistros de los pensamientos
- ✓ Identificación de distorsiones cognitivas
- ✓ Evaluación de pensamientos y desarrollo de procesos cognitivos alternativos.
- ✓ Técnicas de relajación imaginal y muscular
- ✓ Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas
- ✓ Observación y registro de las emociones
- ✓ Técnicas de solución de problemas
- ✓ Establecimiento de objetivos y reprogramación de actividades.
- ✓ Exposición
- ✓ Role play, modelado y ensayo conductual.
- ✓ Técnicas de autoinstrucción
- ✓ Técnicas de autocontrol

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

ÁREA DE PERSONALIDAD

El diagnóstico o la evaluación específicamente psicológica de la personalidad se apoyan en investigaciones mediante la entrevista, aplicación de tests, cuestionarios y encuesta.

Inventario de Inteligencia Emocional Ice De BarOn

- Autor : ReuvenBarOn
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 20 – 50 min.
- Edad de Aplicación : 16 años en adelante
- Objetivo : Evalúa la inteligencia emocional y esta
Compuesto por cinco dimensiones:
intrapersonal, interpersonal, manejo de
estrés, estado de ánimo, adaptabilidad o
ajuste.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)

- Autor : Theodore Millon
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : De 20 a 30 minutos aprox.
- Edad de Aplicación : 18 años en adelante
- Objetivo : Permite medir dificultades emocionales, sea
trastornos comportamentales primarios o
síndromes clínicos.

TestZung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) – Escala de Automedición de Depresión (EAMD)

- Autor : Zung
- Forma de aplicación : Individual y colectiva
- Duración : 10 minutos aproximadamente cada escala
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- Objetivo : Grado de ansiedad y Grado de depresión

Test de Frases Incompletas de SACKS

- Autor : Joseph Sacks
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva

- Duración : 20 minutos aproximadamente
- Edad de Aplicación : Adultos
- Objetivo : Instrumento de tipo proyectivo.

La información que brinda permite seleccionar al paciente para someter a una terapia y ofrece indicios de la dinámica de actitudes y sentimientos del paciente.

Test de la Figura Humana de Karen Machover

- Autor : Karen Machover
- Forma de aplicación : Individual o Colectiva
- Duración : 15 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Niños, Adolescentes y Adultos
- Objetivo : Reflejar la representación o proyección de la propia personalidad y del papel que este desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

Test del Árbol

- Autor : Karl Koch
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : No hay límite de tiempo
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- Objetivo : Apreciación proyectiva de problemas de evolución y adaptación en diversos rasgos de personalidad

Test del Dibujo de la Persona bajo la lluvia

- Autor : Querol – Chaves Paz
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 15 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Desde los 10 años hasta adultos
- Objetivo : Evaluar la ansiedad, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación depresión ambiental así como la modalidad defensiva predominante

Cuestionario Desiderativo

- Autor : Jaime Berstein
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : Aproximadamente 10 minutos
- Edad de Aplicación : Desde niños a adultos mayores
- Objetivo : Permite analizar las fantasías, las angustias y las defensas. Así como la elaboración de duelos y la estructura yoica.

Inventario de Personalidad de Eysenck & Eysenck forma B

- Autor : Hans Jürgen Eysenck
- Forma de aplicación : Individual y Colectivo
- Duración : 15 minutos aproximadamente
- Edad de Aplicación : 18 años a más.
- Objetivo : Medición de dos de las más importantes dimensiones de la personalidad: introversión-extroversión y neuroticismo.

Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI)

- Autores : Starke. Hathaway y Charnley McKinley
- Forma de aplicación : Individual y colectiva
- Duración : Aproximadamente 60 minutos
- Edad de Aplicación : 18 años hasta 65 años
- Objetivo : Evaluación Clínica de la personalidad

ÁREA DE ORGANICIDAD

Test de retención visual de Benton

- Autor : Arthur Benton
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : No hay tiempo límite
- Edad de Aplicación : De 8 años en adelante.
- Objetivo : Detección de lesión orgánica cerebral por medio de la evaluación de las funciones de percepción visual, memoria visual y habilidad viso-constructiva

Test Gestáltico visomotor de Bender

- Autor : Laureta Bender
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : No hay tiempo límite
- Edad de Aplicación : Niños de 5 años en adelante.
- Objetivo : Explorar habilidades visoconstructivas.

Escala de memoria de Wechsler – Forma I

- Autor : David Wechsler
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : No hay tiempo de aplicación
- Edad de Aplicación : De 20 años a más.
- Objetivo :Se obtiene el cociente de memoria, descarte de una lesión orgánica cerebral y explora la memoria verbal, auditiva, visual y el aprendizaje asociado.

Prueba Breve del Estado Mental (Mini - Mental)

- Autor :Folstein y Mchung
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : aproximadamente 20 minutos
- Edad de Aplicación : 65 años aproximadamente.
- Objetivo :Detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurovegetativas, evaluación.

ÁREA DE INTELIGENCIA

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler WAIS

- Autor : David Wechsler
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : Aproximadamente 02 horas
- Edad de Aplicación : Adultos de 16 a 89
- Objetivo : Medir la habilidad o nivel intelectual

Escala de Inteligencia de Stanford Binet L – M

- Autor : Alfred Binet
- Forma de aplicación : Individual
- Duración : 40 – 50 min.
- Edad de Aplicación : Niños de 02 a 18 años
Pacientes adultos con Retardo Mental
- Objetivo : Evaluar la capacidad intelectual

Test de Matrices Progresivas de Raven

- Autor : J. C. Raven
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 40 a 90 min.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y Adultos
- Objetivo : Medir la habilidad para hacer comparaciones, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales.

ÁREA DE PENSAMIENTO

Test de Asociación de Palabras

- Autor : David Rapaport
- Forma de Aplicación : Individual
- Duración : 30 a 40 minutos
- Edad de Aplicación : Adultos
- Objetivos : Descubrir el contenido ideacional
Curso del pensamiento

ÁREA VOCACIONAL

Inventario de Intereses Vocacionales de Angelini

- Autor : A. L. Angelini
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva

- Duración : 30 - 60 min.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- Objetivo : Apreciación de los intereses profesionales en 09 campos

Inventario de Intereses Profesionales y Ocupacionales CASM–83

- Autor : Luis A. Vicuña Peri.
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 40 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- Objetivo : Evalúa los intereses y sus expectativas en el ámbito profesional y ocupacional.

Registro de Preferencias Vocacionales de Kuder

- Autor : F. Kuder
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 30 – 60 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y Adultos
- Objetivo : Orientación Vocacional

Inventario de Hábitos de Estudio

- Autor : Hilbert Wreen
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 15 a 20 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- Objetivo : Medición y diagnóstico de los hábitos de estudio de alumnos de educación secundaria y de los primeros años de la universidad y/o institutos superiores.

II PARTE

CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: ANAMNESIS

VIII. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : E. C. G.
Edad : 34 años
Lugar de nacimiento : Puno - Provincia de Chuquito.
Fecha de Nacimiento : 28/09/78
Idioma : Español y Aymara
Estado Civil : Soltero
Religión : Mormón
Grado de Instrucción : Superior Técnico
Ocupación : Asistente Contable
Domicilio : La Molina
N° Sesiones : 06

IX. OBSERVACIONES GENERALES

E. es un hombre adulto que aparenta tener una edad cronológica menor (28 años), es de contextura mediana, con un peso 74 kg aproximadamente y una estatura de 1.67 m. De tez trigueña, cabello color negro y corto; tiene ojos negros. Viste de acuerdo a la estación, camisas, jeans y zapatos. Se presenta con adecuada limpieza y arreglo personal. Es puntual en todas las sesiones. Se muestra colaborador. Cumple con las indicaciones, el lenguaje empleado es sencillo, hablando en tono de voz alto y respondiendo espontáneamente a las diversas interrogantes.

X. MOTIVO DE CONSULTA

1. Determinación de los síntomas principales

Paciente refiere: “las personas me dicen que no tengo trato, que soy tosco al hablar”. Experimenta cólera (7/10), tensión corporal en el cuello, brazos y piernas, sensación de aumento de calor, ruborización, dolor de cabeza, sequedad en la boca, y sensación de “querer llorar”.

Piensa: “¿por qué no me atiende?”, “¿por qué me hace esperar?”, “seguro cree que soy un cholo”, “estará pensando que qué hago viviendo acá o comprando en esta tienda si soy cholo”, “deben atenderme rápido”, “todo porque soy puneño”, “yo no soy importante para ellos”, “se quiere burlar de mí”, “le quiere decir a los demás que yo no sé”, “se está aprovechando”, “me quiere utilizar como un sirviente”, “cree que soy cholo”, “este pata bromea con los chistes de cholo si es tremendo cholo”, “deberían atender mucho más rápido, son unos ineficientes”, “debería avisarme que no vendría, qué se cree”, “ya saben cómo soy, saben que me enoja”, “¿por qué se queda mirándome?”, pensará que soy un choro, que vengo a robar”, “me voy a quejar con su supervisor”, “acaso cree que soy su payaso, ¿tengo algo en la cara?”, “no le voy a hablar nunca más”, “me largo de aquí”.

Habla con la persona más cercana en el establecimiento o que se encuentra en la cola y le dice en voz alta: “qué se habrán creído”, “esto es el colmo, encima se colan las personas”, “cuántas horas estoy aquí y nada”. Se levanta del asiento y busca al supervisor de la persona que debe atenderlo para quejarse, cuando lo encuentra le dice levantando el tono de la voz: “quién se cree que es ese empleado”, “estoy esperando y no me atiende”. En la mayor parte de las ocasiones (3 de cada 4) se queda en silencio, cruza los brazos, frunce el ceño, espera alrededor de cinco minutos y se va del establecimiento. Cuando la persona que citó está con retraso, espera máximo 5 minutos y se dirige a su casa. En el caso de las bromas se queda en silencio, y posteriormente trata de evitar encontrarse con dicha persona sin mostrarle su disgusto.

Esto se presenta en centros comerciales cuando se encuentra esperando a que lo atiendan (colas, cajeros) de 5 a 10 minutos, cuando observa que algún desconocido (vigilantes, vendedores, entre otros) lo ve fijamente sin motivo aparente, cuando la persona (conocido o no) a quien espera con previa cita se retrasa. En el trabajo cuando un colaborador llega tarde o comete un error,

cuando escucha un chiste relacionado a la raza o etnia de personas provenientes de provincia. En el centro de estudios cuando escucha las risas de los compañeros al entrar o salir del salón de clases.

En el centro comercial el supervisor le pide disculpas. En el trabajo el colaborador en algunas ocasiones se queda en silencio escuchando, y en otras le dice: “me voy a quejar con el jefe, usted no tiene por qué hacer tanto lío”. Sus compañeros de trabajo le dicen: “¿por qué tan serio?”, “¿no te pareció gracioso el chiste?”, “pareces enojado, tranquilo”.

Estos episodios se dan alrededor de 3 veces a la semana, con una duración e intensidad variable.

Por otra parte señala “tengo problemas al relacionarme con los demás”. Experimenta ansiedad (5-6/10), aumento de la respiración, tartamudez, sudoración.

Piensa: “si hablo me van a rechazar”, “se van a burlar de mí”, “no les voy a caer bien”, “no voy a quedar bien con ellos, voy a quedar mal”, “siempre tengo que quedar bien con ellos”, “ellos saben más que yo”, “me voy a trabar, me voy a equivocar”, “se van a burlar de cómo hablo”, “debo hablar bien, sin errores”, “se están riendo de mí”, “voy a quedar mal, pensarán mal de mí”, “pensarán que no he estudiado, que no sé”, “pensarán que soy uno más”, “me va a ignorar, me rechazará”, “creerá que soy un mandado”.

Habla rápido, llegando a trabarse y mira al techo del ambiente de donde expone. En algunas ocasiones se queda en silencio, respira y retoma el discurso. Evita hablar en un grupo mayor de tres personas, restringiéndose a contestar con monosílabas como: “no” o “sí”; ir a fiestas o a comidas en las cuales se encuentren desconocidos o personas que recién conoce.

Estas conductas se presentan en la universidad al exponer durante las clases de la universidad, al estar realizando un trabajo en grupo, cuando alguno de

sus amigos le presenta una chica. Cuando está conversando con un grupo nuevo de personas o al iniciar conversación con personas que recién conoce.

Ante estas conductas sus compañeros de estudio le preguntan: “¿te sientes bien?”, “pareces un poco tenso”, “¿por qué tan serio?”. En eventos sociales sus amigos o conocidos le dicen: “eres muy serio”, “pareces nervioso, tranquilo nomas. Nada malo pasará”. Al evitar disminuye su ansiedad (2/10).

Estos episodios se dan alrededor de 1 vez por semana, con una duración e intensidad variable. Asimismo el paciente señala “siento que no me gusto, que no estoy bien conmigo mismo”. Experimenta angustia (6/10), tristeza (7/10), cólera (5/10), dolor de cabeza, sensación de aumento de calor.

Piensa: “soy feo”, “mis cachetes no me gustan”, “mi nariz es muy gruesita y está media chueca”, “tengo demasiada papada”, “mi color es feo”, “no soy agradecido”, “soy poco atractivo” “soy terco, orgulloso, egoísta por ser puneño”, “creen que soy egocéntrico, pero sólo soy serio”, “siempre tengo que aparentar ser el más inteligente”, “Soy muy miedoso, tengo temor a que me rechacen, no soy bueno para hablar con los demás, piensan y me prejuzgan por ser serio”, “no tengo amigos ni a nadie cercano”, “al menos soy bueno en el campo académico, y en el trabajo, soy uno de los mejores, siempre resaltan mis habilidades”, “todo lo que tengo es gracias a mi esfuerzo”, “las personas me subestimaban”, “me ven como el callado, el solitario”, “mis problemas personas alejan a la gente”.

Se dirige a su habitación y se queda en silencio. En el trabajo y en la universidad en algunas ocasiones se queda en silencio, frunce el ceño y se dirige al baño; en otras ocasiones le pregunta a sus amigos: “¿y tú qué opinas de los puneños?”, “¿crees que son tercos o trabajadores?”.

Estas conductas se dan cuando se encuentra solo en su casa viendo televisión o escuchando música, al verse en el espejo al asearse antes y

después de dormir, al estar reunidos con sus amigos de la universidad o el trabajo, al escuchar una broma que se relacione a la raza o etnia de personas de provincia.

Algunos de sus compañeros de trabajo y de estudios le contestan sus preguntas: “los puneños son buena gente, bien alegres y trabajadores”, “son bien tercos”, otros le dicen: “siempre preguntas eso, no te preocupes por esas cosas”, “otra vez con lo mismo”.

Estos episodios se dan alrededor de 1 vez por semana, con una duración e intensidad variable.

2. Desarrollo cronológico de los síntomas

El paciente proviene de un pueblo de Puno llamado Pomata. Siendo el primer hijo de 8 hermanos. Sus padres eran dueños de unas chacras por lo que el paciente los apoyaba en el mantenimiento desde muy pequeño.

A los 5 años recuerda que sus padres comenzaron a exigirle que los apoye, “me gritaban todo el tiempo para que trabaje en la chacra, era un trabajador más”. Experimentaba tristeza (4/10), sudoración, sensación de “querer de llorar”. Pensaba: “no soy capaz de hacer esas cosas”, “mis padres no me quieren”, “solo soy un trabajador más para ellos”. Lloraba y se dirigía a su casa. Esto se daba cuando su padre le daba órdenes gritando, como: “mueve las cosas a la chacra”. Al ver esto sus padres le gritan: “¿y por qué no puede?”, “no eres bueno para nada”, y lo agredían pegándole con palo o chicote. Estos episodios se daban aproximadamente 3 veces a la semana.

A los 6 años, señala que al vivir en una chacra y ser hijo único, no conocía a otros niños. Recién a esta edad su familia entabla relación con los dueños de una chacra vecina que tenían hijos, por lo que empieza a interactuar con otras personas de su edad. Recuerda: “Al estar con otros niños era algo nuevo, no me sentía cómodo. De igual forma mis padres me exigían”. Experimentaba

ansiedad (4/10), sudoración, sensación de “querer llorar”. Pensaba: “¿por qué me obligan a estar aquí?”, “no quiero estar aquí”. En ese momento se quedaba en silencio y quieto, en algunas ocasiones lloraba. Esto se daba cuando se encontraba con sus primos o con otros niños. Ante esto sus padres le decían: “¿por qué no hablas?”, “¿por qué no juegas?”, “ni eso puedes hacer”. Estos episodios se daban aproximadamente 1 vez por semana.

A 7 años, se hicieron más frecuente las visitas a su familia materna. Señala: “mis primos comenzaron a tratarme mal”. Experimentaba ansiedad (6/10), sudoración, intranquilidad. Pensaba: “seguro no me dejarán jugar”, “seguro me botarán”. Busca a sus primeros y les dice: “¿puedo jugar?”. Esto se presenta cuando se encuentra en el colegio o en la casa de la abuela. Ante esto sus primos le contestan: “¿tú que vas a saber jugar?”, “vete de aquí cara de gato”, “vete de acá, imbécil”, “tonto”. En ese momento piensa: “no sirvo para nada”, “tienen razón”. Estos episodios se daban aproximadamente 2 veces a la semana, durante toda la primaria.

A los 12 años, se muda a la ciudad de Puno para estudiar la secundaria. Su padre le alquila una habitación para que pueda vivir solo. Al estar en su habitación después de regresar del colegio, experimentaba tristeza (7/10), y pensaba: “soy menos que los demás por no saber hablar perfecto el español”, “no tengo amigos, estoy solo”, “mis padres se han deshecho de mí”. Se echaba en su cama y trataba de dormir. Estos episodios se daban aproximadamente 3 veces a la semana.

A esa misma edad señala que tenía problemas para relacionarse con los demás niños, “tenía que mentir de donde venía”. En una ocasión experimentó ansiedad (7/10), sudoración, ruborización. Pensó: “qué vergüenza que se enteren de donde soy”, “pensarán que soy un cholo, que no se hablar bien”, “sentirán pena de mí si les cuento que vivo solo, pensarán que me han abandonado”. En esos momentos decía: “soy de aquí, de la ciudad”, miraba

hacia el piso, se quedaba en silencio y se alejaba de sus compañeros. Esto se presentó cuando algunos de sus compañeros se acercó y le preguntó: “¿de dónde eres?”. Señala: “allí empecé a mentir a cerca de dónde venía”. Cada vez que algún compañero le preguntaba algo similar, o sobre qué hará en vacaciones, respondía de forma similar.

A los 13 años, señala que comienza a realizar exposiciones en un curso del colegio. Actividad que no había realizado hasta la fecha en ningún lugar. Experimentó ansiedad (8/10), sudoración, ruborización, dolor de cabeza. Pensó: “no sé cómo hacer esto”, “nunca he hecho esto antes”, “se van a burlar de mí”, “se darán cuenta que no hablo bien”, “se alejarán de mí”. Se trabó al hablar y se sentó rápidamente. Al escuchar esto algunos compañeros se rieron, y el profesor le dijo: “para la próxima vez hay que estudiar”. Estos episodios se repitieron durante toda la secundaria, aproximadamente 1 vez al mes.

A los 18 años termina sus estudios de secundaria y empieza a estudiar electrónica en la ciudad de Puno. En esta época entabla relación con un grupo de compañeros, con los cuales realizan actividades sociales. En una ocasión hablan sobre la historia personal de cada uno, al escuchar sus vivencias infantiles piensa: “mis padres no me han dado amor”, “ellos no han sido buenos conmigo, me mandaron a la ciudad. Eso no se hace un hijo”, “no he tenido un buen padre”, experimenta tristeza (7/10), se queda en silencio y frunce el ceño. Sus compañeros le dicen: “estás muy serio”, “¿pasa algo?”. A partir de este episodio, cuando se encuentra solo en su casa comienza a pensar sobre su niñez, experimentando tristeza (6/10), aproximadamente 2 veces al mes.

A los 21 años termina sus estudios de electrónica y viaja a Lima para radicar y buscar un trabajo. Señala: “de igual forma no tengo nada en Puno, nada perdía viajando”. Ya en Lima, recuerda que le fue difícil asimilarse a su nuevo

trabajo. Al encontrarse con algún compañero en el centro de labores, experimentaba ansiedad (8/10), sudoración, ruborización. Piensa: “seguro piensa que soy un recién bajadito”, “me mira extraño como si fuera raro”, “me tratará diferente sólo porque soy puneño”. Se queda en silencio y baja la mirada. Su compañero le dice: “¿por qué tan serio?”, “tranquilo que no te mordemos”. Estos episodios se daban aproximadamente 3 veces a la semana.

A los 26 años, recuerda “fue una época difícil para mí, ya salía más y no solo era trabajar y trabajar”. Refiere que experimentó muchas escenas de discriminación, aunque no directamente a él, sí observó el trato que le daban a personas de provincia. Por ejemplo, en una ocasión una señora con rasgos de la sierra sube a un bus con un niño en brazos. El niño empieza a llorar intensamente, uno de los pasajeros le grita: “calla a tu niño chola pezuñenta”, “se nota que recién bajas de la puna”, “bajen a esa chola del bus”. En ese momento Eleuterio experimentó cólera (8/10), y pensó: “si así tratan a una madre, qué pensarán de mí”, “qué pensarán a mis espaldas”, “no voy a dejar que me traten así nunca”. Se quedó en silencio y se bajó inmediatamente.

Pocos meses después, el paciente se encontraba en la caja de un centro comercial esperando en la cola. Al llegar su turno aparece otro cliente con piel de tez clara, y el trabajador atiende primero a este último. Experimenta cólera (8/10), y piensa: “qué se han creído”, “a mí no me van a tratar sí”, “todo porque soy cholo”, “esto no debe pasar”. Le dice con tono de voz elevado: “yo he llegado primero, ¿por qué no me atienden a mí?”, “quiero hablar con el gerente”, y va a buscar al encargado de la tienda. En esos momentos el cajero le dice: “ya, voy atenderlo primero”.

A los 30 años sus padres entran en conflicto con sus primos debido a la posesión de un terreno. Al ser sus padres mayores solicitan ayuda a sus hijos. La única hija que presta su tiempo para ayudarlos es Susana. Eleuterio debido

a la falta de comunicación con su familia se entera de esos acontecimientos a los 31 años, luego de ya solucionado el conflicto, en una reunión en casa de sus padres. Susana, su hermana le dice: “te desapareces cuando te conviene”, “tenías que habernos ayudado, también son tus padres, o por lo menos por mí, que soy tu hermana”. Ante esto, el examinado experimenta tristeza (10/10), sensación de “querer llorar”, ruborización. Piensa: “he sido un mal hijo y mal hermano”, “¿por qué me cuesta tanto estar pendiente de ellos?”, “soy demasiado rencoroso”, “nunca me lo va perdonar, y tiene razón”. Se queda en silencio y llora. Su hermana al verlo así comienza a llorar y se aleja.

A partir de este episodio, cada vez que recuerda a su hermana y el conflicto familiar que tuvieron, experimenta tristeza (8/10), y piensa: “nunca me lo voy perdonar”, “todo fue mi culpa”. Esto se presentó 3 veces al mes, hasta los 32 años.

3. Tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos recibidos

Paciente señala haber llevado una terapia de orientación psicodinámica en el Hospital Hermilio Valdizan aproximadamente durante 7 meses. Debido a la falta de resultados se le envía a este servicio.

4. Opinión del paciente sobre su problema actual

El paciente refiere: “Tengo dificultades para relacionarme con los demás. A veces no me doy cuenta”, “me dicen que soy ‘tosco’, ‘muy directo’, ‘demasiado serio’ al hablar”. “Veo que esto ha causado que tenga pocos amigos”. Agrega: “en cierta medida creo que todo se debe a mi infancia, mis padres no me han dado mucho amor”.

5. Expectativas frente al tratamiento:

El paciente señala: “quiero tener confianza en mí”, “arrancar esos pensamientos negativos”, “quiero aprender a tener una conversación asertiva”,

“quiero tener más amigos”. Añade: “quiero conocerme un poco más y aprender a valorarme”.

XI. HISTORIA PERSONAL

1. Desarrollo Inicial

La madre tenía 19 años y el padre 23, cuando quedó embarazada. Tenían un matrimonio de 2 años. El paciente fue su primer hijo. Señala que su madre le comentó que no tuvo problemas en el embarazo ni en el parto, el cual fue natural.

2. Desarrollo psicomotor, de lenguaje y control de esfínteres

El control vesical y el de esfínteres lo obtuvo al año y 9 meses aproximadamente. Dejó de tomar del pecho materno aproximadamente al año.

3. Conductas inadecuadas de la infancia

El paciente fue un niño muy callado. Cuando los adultos se acercaban a preguntarle algo, respondía con pocas palabras y sin mostrar algún tipo de iniciativa para alargar la charla. Experimentó episodios de tristeza a raíz del trato inadecuado que le brindaban los padres, así como la sobre corrección física del padre. Aunque cumplía con sus obligaciones y responsabilidades podía mantenerse días sin hablar con hermanos ni padres.

Por otra parte, presentó dificultades para interactuar con niños de su edad. (ver desarrollo cronológico)

4. Actitudes de la familia frente al niño

La madre se caracterizó por un estilo de crianza negligente y periférica. Al pasar gran parte del día trabajando en la chacra, y llegar tarde a la casa, el tiempo con el cual interactuaba con ella era reducido. Esto se fue acentuando gradualmente a partir del nacimiento de sus hermanos. A pesar de estar enterada de la forma como corregía el padre, y en muchas ocasiones estar presente, no mostraba algún tipo de rechazo a dichas prácticas sino que al

contrario algunas veces esta última le avisaba para de esta manera hacer cumplir sus órdenes.

El padre se caracterizó por un estilo de crianza autoritario y rígido, al reaccionar de forma violenta y agresiva al eventual incumplimiento de algunas órdenes que le brindaba. Esta forma de reaccionar se caracterizaba por insultos, golpes con palos u otros objetos de relativa magnitud. Del mismo modo este le exigía el cumplimiento de obligaciones y responsabilidades avanzadas para alguien de su edad, tales como trabajar durante el día en la chacra y cuidar a sus hermanos.

La familia materna, con quien tuvo mayor interacción en la infancia, mostraba rechazo hacia el paciente debido a su falta de interés para comunicarse con ellos. Esto se puede observar con el trato que le brindaron tanto su abuela como sus primos. Sus padres aunque se enteraron de ello estaban convencidos de que “tenía que aprender de alguna forma”, y consideraron que los fastidios y burlas de sus primos podrían ayudarlo.

5. Educación

El paciente no acude a educación inicial. A los 6 años, y sin mayor estimulación que las lecturas ocasionales de su padre a todos los hijos, inicia la educación primaria. Señala que obtenía buenas calificaciones, y su interés se centraba en aprender. Refiere: “desde esa edad quería sobresalir, ser mejor aunque sea en el lado académico ya que físicamente siempre me hacían recordar que no era muy atractivo”. Termina primaria con buenas calificaciones.

A los 12 años, se ve obligado a cambiarse de colegio hacia uno de la ciudad de Puno, debido a las exigencias del padre. En este nuevo ambiente todos los niños al igual que los profesores hablaban español, lo cual le generó algunas dificultades para adaptarse. Disminuyendo en un comienzo el nivel de notas. Lo cual poco a poco fue mejorando. Ya en tercer grado volvió a obtener altas

calificaciones en materias relacionadas a los números, caso contrario a los relacionados a letras.

A los 18 años ingresa a estudiar electrónica en un instituto estatal de la ciudad de Puno. En el cual señala que le fue bien, obteniendo altas notas.

A los 31 años empieza a estudiar contabilidad en la Universidad San Martín de Porres. El cual sigue cursando hasta la actualidad. Refiere que viene obteniendo notas regulares debido al realizar muchas actividades grupales o exposiciones, a diferencia de sus anteriores centros de estudios, lo cual según el paciente hace que disminuyan sus calificaciones.

6. Historia Laboral

Aunque desde muy niño ayudó a su padre en el mantenimiento de la chacra nunca llegó a trabajar oficialmente en ese rubro. Su primer trabajo lo obtuvo en Puno aplicando sus conocimientos de electrónica en una empresa dedicada al alquiler de luces para fiestas, el cual duró menos de un año debido al termino de sus estudios y su viaje a la ciudad de Lima. En este trabajo señala que no tuvo dificultades, el trabajo era rutinario y no requería contacto con otras personas.

Al llegar a Lima obtiene un trabajo como técnico electrónico en una empresa de servicios. Trabajo en el cual estuvo durante 4 años, debido a que se muda de distrito decide buscar un empleo cerca a su nuevo domicilio en la Molina. De esta forma ingresa nuevamente a una empresa de servicio, específicamente dedicada a la telemarketing; en este lugar se encuentra hasta la actualidad. Señala “me gusta mi trabajo, me va bien, aunque a veces es muy rutinario me ha ayudado a relacionarme más con las personas”.

7. Historia información sobre sexualidad

Su primer acercamiento al tema se produjo a los 10 años cuando hablaron de los órganos reproductivos en una clase de biología.

En la secundaria comenzó a interesarse en dicho aspecto pero el tema sexual

al ser tabú en su casa, tuvo que recurrir a libros y preguntar a algunos de sus compañeros.

A los 16 años tuvo una clase de sexualidad, señala: “en dicha clase pude aprender muchas cosas y no solo sobre órganos sexuales, cosas como el embarazo, el uso de preservativos, entre otros”. De igual forma refiere no estar interesado especialmente en la materia.

8. Historia psicosexual

Paciente señala que no ha tenido oficialmente una enamorada formal hasta la fecha, aunque ha salido con muchas amigas: “no he tenido una relación de pareja pero sí varias amigas”. Esto se debe a su sobrecargada agenda laboral que tuvo que realizar para poder mantenerse solo en Lima, la falta de ingresos, “siempre pensé en dejar eso para más adelante”. De igual forma señala que no ha tenido relaciones sexuales.

9. Educación religiosa

El paciente asistió desde muy pequeño a la Iglesia católica, aunque sus visitas eran esporádicas debido a la distancia de la iglesia más cercana señala que su familia era religiosa, en especial su madre. Recuerda que fue bautizado pero no la fecha exacta. A pesar de ello no era una persona muy cercana a Dios.

A los 32 años empieza a asistir a la Iglesia de Jesucristo de los últimos días a partir de la invitación de un conocido. El lugar le ha servido para poder conocer personas y señala que se siente a gusto. Actualmente se ha comprometido más con su aspecto espiritual y asiste a las reuniones semanales.

10. Relaciones interpersonales

Durante los primeros años de educación primaria, E. mostraba poco interés en relacionarse con los demás niños. Durante las ocasiones en las cuales trataba de relacionarse con las personas de su edad, sus compañeros y primos

reaccionaban burlándose e insultándolo. Estos intentos de relacionarse fueron disminuyendo conforme aumentaba su edad. En tercer grado de primaria señala: “solo quería ir al colegio para aprender, no me interesaba mucho conocer a los demás”. (Ver desarrollo cronológico)

En la secundaria comienza a vivir en la ciudad de Puno, al estar en este lugar no entabla relaciones cercanas ni amistades con sus compañeros. En las pocas ocasiones en las cuales sus compañeros trataban de hablar con él, Eleuterio respondía con pocas palabras. Estos le decían: “eres muy serio”, “di algo”.

Al terminar la secundaria y comenzar a estudiar electrónica entabla relación con un grupo de compañeros con quienes acude a actividades sociales. Al viajar a Lima pierde contacto con todos ellos.

En Lima se dedica a trabajar intensamente por lo que señala que no tenía tiempo ni dinero para poder salir con amigos o amigas. Los compañeros de trabajo con quienes más contacto dentro de su horario laboral comienzan a decirle: “eres muy serio”, “contestas de mala manera”.

11. Enfermedades y accidentes

Señala que en general presenta buena salud, y su acercamiento a los hospitales se debe a reacciones alérgicas en la piel de menor escala.

XII. HISTORIA FAMILIAR

1. Padres

Padre: Bernardo, de 59 años de edad, con grado de instrucción secundaria completa, de ocupación: empresario ganadero.

Características personales: trabajador, emprendedor, renegón. Una persona poco sociable y con pocos amigos.

Relación con la paciente: Refiere comunicarse poco con él. Sus encuentros se dan en las reuniones familiares y los intercambios de palabras se resumen a saludos. Señala: “aunque ya no le guardo rencor no somos cercanos”.

Madre: Irma, de 55 años de edad, con grado de instrucción primaria completa, de ocupación: ama de casa.

Características personales: amable, trabajadora, responsable. Disciplinada y sociable.

Relación con la paciente: Actualmente la llama 1 vez a la semana. Señala que tienen una relación cercana, a partir de sus cambios. “Ahora al ser una persona más abierta podemos hablar más”. Al pensar en ella se siente triste, ya que recuerda que no está cerca.

2. Hermanos

Hermana, Susana de 34 años de edad, con grado de instrucción secundaria completa, de ocupación ama de casa.

Características personales: amable, trabajadora, ahorrativa, sociable.

Relación con el paciente: Actualmente es el familiar con el que mantiene una relación más cercana. Debido a que vive en la ciudad de Tacna su contacto se restringe a llamadas semanales. Señala que tienen una buena relación, solo que Eleuterio mantiene una mala relación el esposo de Susana. Algunas discusiones que han tenido se deben a sus opiniones sobre su relación de pareja.

Hermano Wilder de 34 años de edad, con grado de instrucción secundaria completa, de ocupación estudiante.

Características personales: sociable, desordenado, extrovertido e impaciente.

Relación con el paciente: Actualmente vive en Tacna. Señala que mantienen una relación cercana. Hablan aproximadamente 3 veces a la semana por

internet a través de las redes sociales. Refiere: “hablamos de varias cosas, aunque tampoco de cosas muy personales”.

3. Antecedentes psiquiátricos de la familia

No tiene conocimiento de algún familiar que haya recibido atención psiquiátrica.

4. Actitud de la familia frente a la enfermedad del paciente

Paciente señala que sus familiares cercanos (padres y hermanos) no están informados del trastorno que presenta debido a que estos presentan un entendimiento inadecuado respecto a la salud mental. Señala: “no sé para qué serviría que sepan. Si les cuento igual pensarán que estoy loco”.

XIII. RECURSOS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Paciente refiere que vive solo en la ciudad de Lima, y que se hace íntegramente responsable de todos sus gastos. Sus familiares cercanos viven en provincia, a pesar de ellos mantiene contacto constante con su madre y una hermana. Viaja regularmente 2 veces al año a visitar a sus padres, siendo las únicas oportunidades de tener contacto con sus hermanos.

Señala que no tiene amigos cercanos en Lima, a pesar de radicar varios años en la ciudad. Sus actividades sociales las realiza con sus compañeros del trabajo y se reúnen para almuerzos o eventuales reuniones.

Tiene un trabajo estable desde hace 9 años y actualmente asiste a la universidad. No presenta pareja o amiga íntima, refiere no tener tiempo para ese tipo de relación, aunque irregularmente asiste a citas con conocidas.

XIV. EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS

F 40.1 Fobia Social

EJE II: TRASTORNOS CLÍNICOS

Características de personalidad anancástica y pasivo-agresivo.

EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

(Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural

(Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres

(Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación de niño

(Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres.

XV. ANÁLISIS FUNCIONAL DE CONDUCTAS

LISTADO DE CONDUCTAS ADECUADAS

- Motivación para el tratamiento
- Responsabilidad en el cumplimiento de tareas asignadas en el tratamiento
- Adecuado aseo y arreglo personal
- Asistencia a las sesiones.
- Constancia para finalizar proyectos.

LISTADO DE CONDUCTAS INADECUADAS

- Déficit de habilidades sociales.
- Ansiedad social.
- Baja autoestima

Déficit de Habilidades Sociales (Goldstein, 1989)

Ed	R	Er
<p>Externos</p> <p>Al esperar a que lo atiendan (colas, cajeros) de 5 a 10 minutos</p> <p>Al observar que algún desconocido (vigilantes, vendedores, entre otros) lo ve fijamente</p> <p>Cuando una cita llega tarde.</p> <p>En el trabajo cuando un colaborador llega tarde o comete un error,</p> <p>Cuando escucha un chiste relacionado a la raza o etnia de personas provenientes de provincia.</p> <p>En el centro de estudios cuando escucha las risas de los compañeros al entrar o salir del salón de clases.</p>	<p>Emocional</p> <p>Cólera (7/10)</p> <p>Fisiológico</p> <p>Tensión corporal en el cuello, brazos y piernas, sensación de aumento de calor, ruborización, dolor de cabeza, sequedad bucal, y sensación de “querer llorar”.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>“Seguro cree que soy un cholito”, “estará pensando que qué hago viviendo acá o comprando en esta tienda si soy cholo”, “todo porque soy puneño”, “yo no soy importante para ellos”, “se quiere burlar de mí”, “le quiere decir a los demás que yo no sé”, “se está aprovechando”, “me quiere utilizar como un sirviente”, “cree que soy cholo”, “¿por qué se queda mirándome?”, “pensará que soy un choro, que vengo a robar”, “acaso cree que soy su payaso, ¿tengo algo en la cara?”, “no le voy a hablar nunca más”, “me largo de aquí”.</p> <p>Motor</p> <p><u>Conductas para hacer frente a conflictos</u></p> <p>Se levanta del asiento y busca al supervisor de la persona que debe atenderlo para quejarse, cuando lo encuentra le dice levantando el tono de la voz: “quién se cree que es ese empleado”, “estoy esperando y no me atiende”. En la mayor parte de las ocasiones (3 de cada 4) se queda en silencio, cruza los brazos, frunce el ceño, y se va del establecimiento. Cuando la persona que citó está con retraso, espera máximo 5 minutos y se dirige a su casa.</p> <p><u>Conductas de respuesta a bromas</u></p> <p>Se queda en silencio, y posteriormente trata de evitar encontrarse con dicha persona sin mostrarle su disgusto.</p>	<p>Externos:</p> <p>Supervisor le pide disculpas. En el trabajo el colaborador en algunas ocasiones se queda en silencio escuchando, y en otras le dice: “me voy a quejar con el jefe, usted no tiene por qué hacer tanto lío”.</p> <p>Sus compañeros de trabajo le dicen: “¿por qué tan serio?”, “¿no te pareció gracioso el chiste?”, “pareces enojado, tranquilo”.</p> <p>(Reforzamiento positivo)</p>

Ansiedad Social (Bados, 2009; y Echeburúa, 1995)

Ed	R	Er
<p>Externos</p> <p>En la universidad al exponer durante las clases de la universidad, al estar realizando un trabajo en grupo, cuando alguno de sus amigos le presenta una chica. Cuando está conversando con un grupo nuevo de personas o al iniciar conversación con personas que recién conoce.</p> <p>Internos</p> <p>Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.</p>	<p>Emocional</p> <p>Ansiedad (5-6/10)</p> <p>Fisiológico</p> <p>Aumento de la respiración, tartamudez, sudoración.</p> <p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Anticipatorio</u></p> <p>“si hablo me van a rechazar”, “se van a burlar de mí”, “no les voy a caer bien”, “no voy a quedar bien con ellos, voy a quedar mal”, “me voy a trabar, me voy a equivocar”, “se van a burlar de cómo hablo”, “voy a quedar mal, pensarán mal de mí”, “pensarán que no he estudiado, que no sé”, “pensarán que soy uno más”, “me va a ignorar, me rechazará”, “creerá que soy un mandado”.</p> <p><u>Pensamiento Catastrófico</u></p> <p>“debo hablar bien, sin errores”, “se están riendo de mí”, “ellos saben más que yo”.</p> <p>Motor</p> <p><u>Conducta de escape</u></p> <p>Habla rápido, llegando a trabarse y mira al techo del ambiente de donde expone. En algunas ocasiones se queda en silencio, respira y retoma el discurso.</p> <p><u>Conductas de Evitación</u></p> <p>Evita hablar en un grupo mayor de tres personas, restringiéndose a contestar con monosílabas como: “no” o “sí”; ir a fiestas o a comidas en las cuales se encuentren desconocidos o personas que recién conoce.</p>	<p>Externos</p> <p>Atención de sus compañeros:</p> <p>Sus compañeros de estudio le preguntan: “¿te sientes bien?”, “pareces un poco tenso”, “¿por qué tan serio?”.</p> <p>En eventos sociales sus amigos o conocidos le dicen: “eres muy serio”, “pareces nervioso, tranquilo nomas. Nada malo pasará”.</p> <p>(Reforzamiento positivo)</p> <p>Internos</p> <p>Alivio de la ansiedad</p> <p>(Reforzamiento negativo)</p>

Baja Autoestima (Baron, 1997)

Ed	R	Er
<p>Externos</p> <p>En su casa:</p> <p>Cuando se encuentra solo en su casa viendo televisión o escuchando música, al verse en el espejo al asearse antes y después de dormir, al estar reunidos con sus amigos de la universidad o el trabajo, al escuchar una broma que se relacione a la raza o etnia de personas de provincia.</p>	<p>Emocional</p> <p>angustia (6/10), tristeza (7/10), cólera (5/10)</p> <p>Fisiológico</p> <p>Dolor de cabeza, sensación de aumento de calor.</p> <p>Cognitivo</p> <p><u>Respecto al físico:</u> : “soy feo”, “mis cachetes no me gustan”, “mi nariz es muy gruesita y está media chueca”, “tengo demasiada papada”, “mi color es feo”, “soy poco atractivo”</p> <p><u>Como me relaciono con los demás:</u> “Soy muy miedoso, tengo temor a que me rechacen, no soy bueno para hablar con los demás, piensan y me prejuzgan por ser serio”, “no tengo amigos ni a nadie cercano”, “no soy sociable”.</p> <p><u>Rendimiento académico:</u> “al menos soy bueno en el campo académico, y en el trabajo, soy uno de los mejores, siempre resaltan mis habilidades”, “todo lo que tengo es gracias a mi esfuerzo”,</p> <p><u>Como me ven los demás:</u> “las personas me subestimaban”, “me ven como el callado, el solitario”, “mis problemas personales alejan a la gente”.</p> <p>Motor</p> <p>Se dirige a su habitación y se queda en silencio. En el trabajo y en la universidad en algunas ocasiones se queda en silencio, frunce el ceño y se dirige al baño; en otras ocasiones le pregunta a sus amigos: “¿y tú qué opinas de los puneños?”, “¿crees que son tercos o trabajadores?”.</p>	<p>Externos</p> <p>Atención de parte de sus compañeros.</p> <p>Le contestan sus preguntas: “los puneños son buena gente, bien alegres y trabajadores”, “son bien tercos”, otros le dicen: “siempre preguntas eso, no te preocupes por esas cosas”, “otra vez con lo mismo”.</p> <p>(Reforzamiento positivo)</p>

INFORME PSICOLOGICO

Datos de Filiación

Nombre : E. C. G.
Edad : 33 años
Fecha de Nacimiento : 25-09-1978
Lugar de Nacimiento : Puno – Distrito de Pomapata
Estado Civil : Soltero
Grado de Instrucción : Superior Técnico (técnico electrónico)
Ocupación : Operador en finanzas
Examinado por : Ps. Nélida Geldres Villafuerte

Observaciones Generales:

Examinado de tez trigueña, con un peso aproximado de 68kg. y 1.62 cm. de estatura. Aparenta la edad cronológica referida y, se presentó con un adecuado aseo y aliño personal. En la entrevista se mostró expresivo y, hacia uso de un lenguaje claro y coherente; su tono de voz fue suave y espontáneo para dar a conocer sus problemas. Durante la aplicación de las pruebas mantuvo actitud colaboradora.

Motivo de Consulta:

Paciente que es derivado por la médico Psiquiatra de consulta externa, para ser evaluado en el servicio. Paciente refiere:” me siento frustrado con desesperanza hacia el futuro mi ánimo está decaído casi todo el tiempo, me siento ansioso frente al sexo opuesto, van a pensar que soy un tipo floreador, me miran como si les voy a hacer daño o a robar, frente al público hablo cosas sin sentido, sudo, me pongo rojo, me olvido de las palabras, me bloqueo, ojalá que les caiga bien, pero veo en

sus rostros que no les caigo, que pueden pensar de mí, tengo vergüenza frente a personas blancas, nadie me va a aceptar, nadie me va a querer”.

Examen Clínico Psicológico

Examinado que durante las evaluaciones se muestra lúcido con capacidad para atender y comprender el desarrollo de la entrevista y la aplicación de las pruebas psicológicas; mantiene contacto visual con la examinadora, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Su actividad motora es adecuada. Mantiene un lenguaje claro y fluido, finalístico y coherente. Su tema dominante de preocupación es de ansiedad en sus relaciones interpersonales. Presenta conciencia de enfermedad.

Técnicas e Instrumentos Utilizados

- Entrevista semiestructurada
- Historia Clínica Psicológica
- Examen Multiaxial
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS)
- Test de la Figura Humana
- Test de la Familia
- Test del Árbol
- Inventario de esquemas Maladaptativos de Young
- Escala Multiaxial de Millon II
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS:

1. Funciones Intelectuales

El evaluado ha obtenido un C.I. Global de 103, se ubica en una categoría Promedio. Asimismo, en la Escala Verbal obtuvo un C.I. de 103 y en la Escala Ejecutiva alcanza un C.I. de 102, correspondiente a la categoría antes mencionada

Análisis cualitativo de los sub-test verbales:

La formación de conceptos verbales se da a nivel abstracto. Dentro del promedio se encuentra la capacidad para proporcionar significados pertinentes a las palabras dadas. Al mismo nivel se encuentra su habilidad para rememorar conocimientos que han sido almacenados con anterioridad, donde hace uso de la memoria de evocación, así como también su habilidad para evocar dígitos, esto es, para la atención pasiva, como para actuar con adecuado sentido y juicio común ante las exigencias que el medio le plantea, sin embargo, esta en ocasiones se ve interferida por los problemas emocionales (ansiedad).

Se encuentra a un nivel por debajo del promedio su capacidad para resolver problemas aritméticos, cuando interviene la concentración activa.

Análisis cualitativo de los sub-test ejecutivo:

Presenta aptitud promedio para el análisis y síntesis perceptual como su habilidad para asociar dígitos con símbolos de manera rápida y exacta, esto es, para el aprendizaje imitativo. Al mismo nivel se encuentra su capacidad para realizar la anticipación y planificación correcta de los estímulos, esto es, para la organización visual como para componer en un todo a partir de sus partes, donde interviene la capacidad visomotriz.

Por otro lado, vemos disminuida capacidad para captar aspectos esenciales de los estímulos, mediante la concentración visual

2. Personalidad:

En la infancia se caracterizó por ser introvertido; responsable, obediente, respetuoso y sumiso ante las figuras de autoridad. Era de actitud temerosa, con escasa capacidad para reclamar sus derechos, y defender ante las posibles agresiones prefiriendo reprimir su enojo, causándole resentimiento. En el área escolar, era responsable destacaba en su rendimiento siendo perseverante y organizado. Asimismo en la esfera afectiva era poco cariñoso, y desconocía la expresión afectiva de los padres, lo cual le producía sentimientos de soledad. Además en esta etapa, manifiesta ansiedad traducida en la onicofagia.

Se desarrolló en un ambiente familiar disfuncional; donde primaba la violencia y se caracterizaba por ser rígida e inflexible. El examinado percibe a la figura paterna como celoso, autoritario, rígido, drástico usando castigos físicos severos como medidas de corrección; así también era restrictivo y lo comparaba con otros niños, logrando desvalorizar al examinado. Por otro lado consideraba a la madre comoafectiva verbalmente, laboriosa y abnegada; sin embargo de actitud sumisa y complaciente ante su cónyuge.

En la adolescencia, inicia la independencia de los padres, buscando cumplir sus deseos de logro; migra a la ciudad donde su proceso de adaptación fue difícil dado a las dificultades en el idioma (aymara), tal realidad menguó su autoestima; manteniéndose introvertido con dificultades para socializar siendo selectivo con sus amistades; se tornaba paulatinamente más autoexigente, organizado, ordenado y con poca tolerancia ante la frustración. Así también, es sensible ante la crítica; con dificultades para defenderse de las provocaciones prefiriendo reprimir su enojo y desplazándolo hacia objetos. En el área académica destacaba en su rendimiento, recibiendo reconocimiento y consideración, reforzando sus deseos de superación y necesidad de ser halagado constantemente. Afectivamente, poco expresivo, distante y con facilidad al interpretar que no es

aceptado, por el contrario se siente rechazado, es el centro de burla, afectando a su estima personal.

En la adultez, se evidencia altos niveles de ansiedad como rasgo caracterológico, de manera que se presenta como respuesta habitual ante situaciones o eventos que puede interpretar como amenazantes y hostiles; así como frente a situaciones recientes donde pone a prueba sus recursos personales. Además vemos que predomina su autoexigencia, significativa perseverancia para obtener sus metas, dedicación excesiva por el trabajo y el ahorro con exclusión en actividades de ocio o diversión. Asimismo, se afianzan sus tendencias perfeccionistas, teniendo preocupación por los detalles con actitudes rígidas al respecto, así como también la facilidad de sentirse decepcionado y traicionado por terceras personas, con sensibilidad ante la crítica, tendencias a estar a la defensiva y manifestar su enojo y frustraciones de manera no verbal logrando incomodar a su alrededor y posterior de tales manifestaciones experimenta sentimientos significativos de culpa, también suele experimentar envidia. Además, sus pensamientos punitivos motivados por su pobre autoconcepto lo conllevan al retraimiento social y las tendencias depresivas afectando a sus relaciones sentimentales, los cuales no suelen concretarse. Con manifestaciones de ansiedad.

En la actualidad, se muestra evasivo, manifiesta ansiedad y tendencias depresivas provocadas por crisis existenciales; asimismo denota necesidades de reconocimiento, y logro como de sentirse aceptado; con deseos de concretar una relación sentimental y mejorar sus relaciones interpersonales, mostrándose desconfiado, sensible frente a opiniones y comentarios, sin embargo, existe la necesidad de formar y mantener lazos de amistad.

CONCLUSIONES:

- Examinado que posee un Coeficiente de Inteligencia global de 103 equivalente a la categoría Normal Promedio. En este mismo nivel se hallan desarrollando los subtests verbal y de ejecución.

- El examinado presenta características de una personalidad mixta Anascástica – Pasivo agresivo, que se caracteriza por manifestar excesiva preocupación por los detalles, es de actitud perfeccionista, con dedicación excesiva por el trabajo, así como adoptando un estilo avaro en cuanto los gastos. Asimismo, es de actitud evasiva y hostil, con facilidad para reaccionar de forma agresiva ante las provocaciones, con sentimientos de envidia y resentimiento hacia los compañeros de trabajo, también se siente incomprendido y despreciado por los demás. Con déficit en las habilidades sociales.

DIAGNOSTICO Según (CIE X)

F 40.1 Fobia Social

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS

Fobia Social

EJE II: TRASTORNOS CLÍNICOS

Características de personalidad de tipo anancástica y pasivo-agresivo.

EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

(Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural

(Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres

(Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño

(Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres.

RECOMENDACIONES:

- Se sugiere que el examinado reciba terapia psicológica individual.

PLAN DE TRATAMIENTO

Para abordar el tratamiento del paciente se ha considerado el empleo de técnicas de la terapia cognitiva conductual, dado que presenta déficit de la competencia cognitiva intercultural además de su baja autoestima, es decir una imagen negativa y distorsionada de sus propias cualidades y desempeños en diversas áreas de la vida. Esto producto de una comparación y necesidad de cumplir exigencias culturales ajenas, por un lado, y de la ineficacia al lidiar con los prejuicios de la cultura en la cual se está incorporando, experiencias que han determinado sus sentimientos y conductas.

DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: E. C. G.
Edad	: 34 años
Lugar de nacimiento	: Puno - Provincia de Chuquito
Fecha de Nacimiento	: 28/09/78
Idioma	: Español y Aymara
Estado Civil	: Soltero
Religión	: Mormón
Grado de Instrucción	: Superior Técnico
Ocupación	: Asistente Contable
N° Sesiones	: 06

OBJETIVOS:

Área Afectivo Emocional:

- Conocer acerca del Trastorno de ansiedad
- Reducir los niveles de ansiedad.
- Modificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales identificadas.
- Promover la expresión de emociones.
- Incrementar el nivel de autoestima

Área familiar

No se ha considerado para el tratamiento, debido que el paciente, vive solo se encuentra fuera de su núcleo familiar además de no contar con pareja y/o cónyuge.

Área de las relaciones interpersonales

- Reestructurar sobre las creencias de la estigmatización social.
- Identificar los pensamientos automáticos relacionados con las ideas de desvalorización.
- Reducir el nivel de la ansiedad.
- Reestructurar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales identificadas.
- Aumentar la frecuencia de participar en actividades sociales.
- Disminuir las conductas de evitación y escape.
- Entrenamiento en comunicación asertiva.
- Adquisición de habilidades sociales.
- Conocer y hacer respetar los derechos asertivos básicos.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Área Afectivo Emocional:

- Psicoeducación (mediante explicaciones y lecturas)
- Reforzamiento positivo.
- Reforzamiento negativo.
- Extinción.
- Entrenamiento en relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Metáforas.
- Técnica de solución de problemas

Área de las relaciones interpersonales

- Psicoeducación
- Entrenamiento en asertividad
- Entrenamiento en relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Autoinstrucciones.

Desarrollo de las áreas:

1) Afectivo Emocional

Tercera sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Repaso de la relajación diferencial
3. Reestructuración cognitiva: la técnica de las tres columnas y la comprobación de la hipótesis
4. Reestructuración cognitiva; atribuciones erróneas y autocontrol
5. Presentación de los derechos humanos básicos
6. Presentación de la hoja de autorregistro multimodal
7. Asignación de tareas para casa

Desarrollo de las sesiones

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se han dedicado al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describió lo que hizo, se le refuerza las tareas correctamente realizadas y se aclararon las dificultades que hubiera tenido.

2. Repaso de la relajación diferencia

Se repasó la relajación, imaginándose situaciones sociales que le han producido ansiedad y utilizando dicha relajación.

3. Reestructuración cognitiva: atribuciones erróneas y autocontrol

La explicación de los pensamientos, de cómo actúa como profecía que se cumple así misma y de las consecuencias negativas del mismo, insistiendo en la contribución de esta variable tiene en el aumento de la ansiedad fisiológica y las conductas inadecuadas.

El entrenamiento en observación de comportamientos positivos y el autorrefuerzo por el paciente han sido estrategias útiles para el cambio de este estilo cognitivo negativo.

4. Presentación de la hoja de autorregistro

Se le presentó la hoja de autorregistro, donde anotó las conductas, grado de ansiedad y pensamientos que ocurrieron en las situaciones objetivo de las tareas para casa.

5. Asignación de las tareas para casa

Se asignó las tareas para casa que consistían principalmente en introducirse en situaciones, acordadas de antemano entre el terapeuta y el paciente. Se le recuerda que emplee la relajación diferencial e identifique y cuestione los pensamientos desadaptativos que le vengán a la cabeza. Asimismo, ha de identificar los derechos presentes en cada una de las situaciones abordadas.

Se utilizó la hoja de registro para anotar el grado de ansiedad producido por la situación, pensamientos desadaptativos que tuvo en ella, pensamientos irracionales con los que los contrarrestó, conducta llevada a cabo y grado de ansiedad final que le gustaría haber hecho.

2) Área de las relaciones interpersonales

Quinta sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Introducción al campo de las habilidades sociales
3. Charla y ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales
4. Diferencias entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva
5. Asignación de tareas para casa

Desarrollo de la sesión

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedica al repaso de las tareas de casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que hizo el paciente, se le refuerza las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Introducción al campo de las habilidades sociales

Se le explicó de lo que son las habilidades sociales. Se plantea el concepto de habilidad social, se presentaron las distintas dimensiones de las habilidades sociales y se integra dentro de lo que es el problema de la fobia social (Caballo, 1991, 1993).

3. Charla y ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales

Se presentó al paciente información básica sobre los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales más importantes para la conducta socialmente habilidosa. Así, se plantea primeramente una visión general de la

comunicación no verbal y se describen brevemente las características más importantes de algunos elementos como la mirada, expresión facial, los gestos, la postura, la orientación, distancia/contacto físico, la apariencia personal, el volumen de la voz, la entonación, la fluidez, el tiempo de habla y el contenido.

4. Diferencias entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva

Esto se ha realizado a través de una serie de medios (vídeo, representación de escenas, explicación verbal, etc.).

5. Presentación de los derechos asertivos

6. Asignación de tareas para casa

Se utilizó la hoja de autorregistro multimodal para anotar las distintas situaciones sociales en las que el paciente se va a ver envuelto durante la semana. Se programado varias situaciones sociales de la jerarquía establecida en la sesión para que el sujeto se exponga a ellas utilizando la relajación diferencial y el cuestionamiento de pensamientos desadaptativos.

BIBLIOGRAFIA:

Anderson y Anderson (1966). *Técnicas Proyectivas de Diagnóstico Psicológico*. Barcelona – España: 2da. Edición. Editorial Rialp.

Ardila, A (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. México D.F.:Trillas.

Amorós T., Víctor (1980). *Discurso celebración del XXV de la creación de la especialidad de Psicología en el Perú y Temas de Psicología (1996)*. Lima – Perú:UNMSM

Bados, A. (2009). *Fobia social*. España: Universidad de Barcelona.

Baron, R. (1997). *Fundamentos de la psicología*. México: Pearson educación.

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de lostrastornos psicológicos*. Barcelona – España Editorial siglo XXI – Vol. N°1

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martinez Roca.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. España: McGraw-Hill.

Perales, A. (1998). *Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”*. Perú: UNMSMRapaport, David. (1985). *Tests de Diagnóstico Psicológico*. México: Editorial Paidós.

Vallejos, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. España:..Masson6ta Edición.

Manrique, E. (2002). *Interculturalidad cognitiva entre la terapia racional emotivo-conductual, el budismo zen y la racionalidad andina*. Lima – Perú: Revista Hermilio Valdizan, Vol. 3.

Manrique, E. (2014). *Cultura, Cognición social y Terapia Cognitivo Conductual*. Lima – Perú.

Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE – 10. OMS – 1993.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV (1995). Barcelona: España: Editorial Masson, S.A. –

Millon, T. (2006). *Trastorno de la personalidad en la vida moderna*. España: Ed. Masson: – 2da Edición.

ANEXO

AUTORREGISTO

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN (SUDS)	REACCIÓN FISIOLÓGICA	CONDUCTA
Cuando las cosas no son como se deben, hacer pero el otro no acepta.	¿Qué se cree? ¿Por qué me supone?	Ansioso, me molesto.	Pierdo la paciencia Reacción al sarcasmo	
Cuando alguien alza la voz	¿No sería capaz de enfrentarme?	Fastidiado, callado, no sé que decir, renegado, me molesto.	Nervioso, sonrojo en la cara. Si reacciono peor me pongo colorado.	Callado, evito
Cuando alguien me dice feo	¿Qué seré feo? Seguramente no soy atractivo para él o ella.	Molesto, incómodo, ganas de dar lapo.	Nervioso, tartamudeo.	
Durante la clase de la universidad, cuando hago preguntas	¿Qué no sabe? ¿Qué pregunta tan tonta dirán? Pienso que están observándome	Incómodo, molesto, serio.	Me pongo de color rojo, calo en el cuerpo	
Leer un párrafo frente a 8 chicas y un varón. Me hicieron una pregunta y estaba sentado frente a clases.	¿Quiero quedar bien? ¿Quiero que sepan que soy muy bueno leyendo? ¿Qué pensarán de mí?	Ansioso de no hacer las cosas bien.	Tartamudeo en la lectura, dudando se dio la respuesta. Me pongo nervioso.	Me quedé pensando porqué me pasó he tenido esas reacciones.
Presentación del trabajo en la universidad, hice el trabajo pero faltó carátula y folder y el profe me rechazó.	¿Qué pasa con el profesor, tanto me exige, si el trabajo está bien hecho? ¿Me está tomando el pelo o me está tomando el pelo?	Frustrado, ansioso por no ser aceptado, me molesto.	intranquilo	
Cuando quieren que le preste el trabajo hecho para copiar.	¿Qué se cree? ¿Cree que soy su salvador o porque me pide?	Desesperado por hacer bien o hacer las cosas bien. Me molesta que me pidan sin hacer nada ellos, preocupado.		

AUTORREGISTRO

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN (SUDS)	REACCIÓN FISIOLÓGICA	CONDUCTA
Egoísta, ser el centro de atención	sabelotodo	Superior, orgulloso		egoísta
Citas a una hora, llegas tarde	¿Qué va pensar de mí? Soy irresponsable No soy ordenado	Frustración, desesperación, angustia, ansiedad, cólera.	Presión, tenso.	Molesto, callado, enojado.
Estudio, trabajo. Quizás no tenga éxito en el futuro Escucha a personas	Para que estudio, de repente no recibiré nada a cambio Miedo al fracaso En vano lo he intentado.	Desesperación Ansiedad Tristeza, preocupación		Renegado No disfruto el momento
Hablar en público Exposiciones En el bus	Que me dirán, si hablo mal me dirán no sabe, ese serrano que va hacer, que nivel, seguro debe ser pobre.	Miedo al rechazo Miedo a recibir critica Mal visto	Mi tono de voz cambia Tartamudeo, me quedo callado, evito hablar en el bus o en el mercado	Reservado, callado, defensivo.
Corrección o recibir corrección de una persona	Yo puedo hacer como yo deseo. Quién es él para decirme lo que debo hacer	Me enojo, me molesto Me irrita	Me pongo rojo, nervioso tartamudeo	Rebelde Desobedezco, hago todo lo contrario de lo que me dice.
Temor al compromiso de relación de parejas (noviazgo o enamoramiento)	Puede ser mala Quizás me vuelve malo No quiero tratar mal	Ansiedad Temor miedo		Oír de responsabilidad, de compromiso Esquivar defensiva

24/08
69/08
15/08

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK & EYSENCK (B)

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Coronel Edad:

Lugar y Fecha de Nacimiento: Fecha:

	SI	NO
1		X
2	X	
3		X
4	X	
5	X	
6	X	
7	X	
8	X	
9		X
10		X
11		X
12	X	
13	X	
14	X	
15	X	
16	X	
17		X
18		X
19		X

	SI	NO
20		X
21	X	
22	X	
23	X	
24	X	
25	X	
26	X	
27	X	
28		X
29	X	
30	X	
31	X	
32	X	
33	X	X
34	X	
35		X
36	X	
37	X	
38		X

	SI	NO
39		X
40	X	
41		X
42		X
43	X	
44	X	
45		X
46	X	
47		X
48	X	
49	X	
50	X	
51	X	
52	X	
53	X	
54	X	
55	X	
56	X	
57	X	

N: 14

E: 12

L: 5

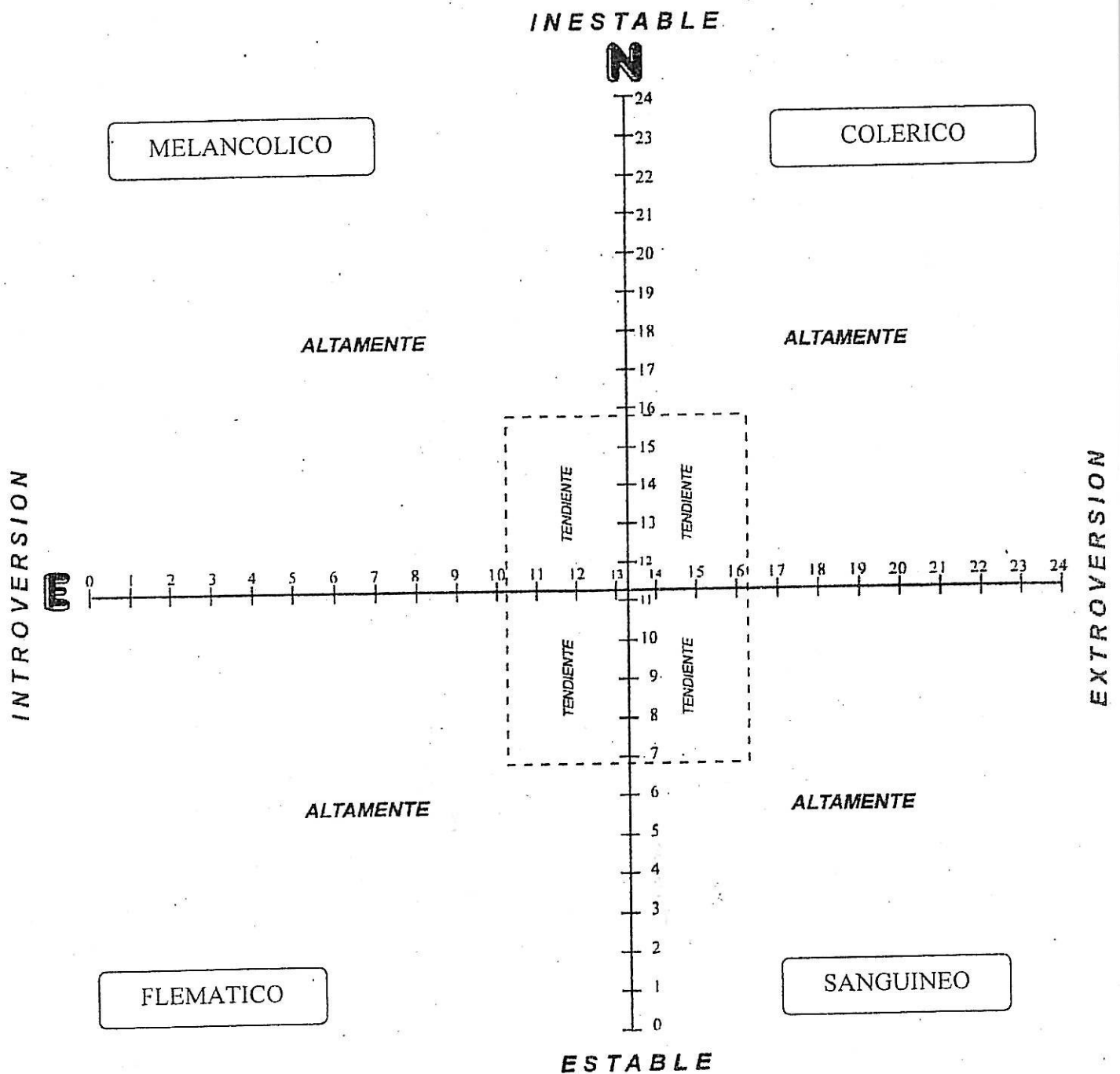
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

$L = \begin{cases} \text{Individual: 4} \\ \text{Grupal: 3.80} \end{cases}$

$E = \{\bar{X} = 13.24 \text{ D.S.} = 3.19 (10.14 - 16.34)\}$

$N = \{\bar{X} = 11.34 \text{ D.S.} = 4.44 (6.90 - 15.78)\}$



DIAGNÓSTICO:

.....

.....

.....

.....

INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL MILLON II

GRADO DE INSTRUCCIÓN.....*Sup. Tecn.*.....

ESTADO CIVIL.....S.

FECHA

TIEMPO DE ENFERMEDAD

V F			V F			V F			V F			V F			V F					
1	X		26		X	51	X		76		X	101		X	126	X		151		X
2	X		27	X		52		X	77	X		102		X	127		X	152		X
3		X	28		X	53	X		78		X	103	X		128	X		153	X	
4	X		29		X	54	X		79		X	104		X	129		X	154	X	
5		X	30	X		55	X		80	X		105		X	130		X	155		X
6	X		31		X	56	X		81	X		106	X		131	X		156		X
7		X	32	X		57	X		82	X		107		X	132	X		157		X
8	X		33		X	58		X	83		X	108		X	133		X	158	X	
9		X	34	X		59		X	84	X		109	X		134	X		159	X	
10		X	35		X	60	X		85	X		110		X	135	X		160		X
11	X		36		X	61	X		86	X		111		X	136		X	161	X	
12	X		37	X		62		X	87		X	112		X	137		X	162	X	
13	X		38	X		63	X		88		X	113	X		138	X		163	X	
14		X	39		X	64	X		89		X	114	X		139		X	164	X	
15		X	40		X	65		X	90		X	115		X	140		X	165	X	
16	X		41	X		66	X		91		X	116		X	141	X		166	X	
17		X	42		X	67	X		92		X	117		X	142		X	167		X
18		X	43	X		68	X		93	X		118		X	143	X		168		X
19	X		44	X		69		X	94		X	119		X	144		X	169		X
20	X		45		X	70		X	95	X		120		X	145		X	170		X
21	X		46	X		71		X	96		X	121		X	146	X		171	X	
22	X		47	X		72		X	97		X	122	X		147	X		172	X	
23		X	48		X	73	X		98	X		123	X		148		X	173		X
24	X		49	X		74	X		99		X	124	X		149		X	174	X	
25	X		50	X		75	X		100		X	125		X	150	X		175		X

Escala de Validez			
V	Validez	0	= Válido
X	Sinceridad	545	= Válido
Y	Deseabilidad Social	15	=
Z	Autodescalificación	19	=

PUNTAJE FINAL	
97	X
72	Y
75	Z

Patrones clínicos de personalidad		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES				PUNTAJE		
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC	DC	Pac.	FINAL	
								1	2			
1	Esquizoide	44	121	112							112	1
2	Evitativo	47	121	112		112					112	2
3	Dependiente	25	66	57							57	3
4	Histriónico	27	59	50							50	4
5	Narcisita	53	102	93							93	5
6A	Antisocial	47	106	97							97	6A
6B	Agresivo-sádico	53	121	112							112	6B
7	Compulsivo	44	80	71							71	7
8A	Pasivo-agresivo	50	116	107							107	8A
8B	Autoderrotista	29	77	68		68					68	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	45	110		106		106	106	106		106	S
C	Borderline	49	80		76	76	76	76	76		76	C
P	Paranoide	64	121		117			117	117		117	P

Síndromes clínicos													
A	Ansiedad	18	85	76				76	76	76		76	A
H	Somatoformo	18	63	54				54	54	54		54	H
N	Bipolar	33	67	58								58	N
D	Distimia	22	74	65				65	65	65		65	D
B	Dependencia de alcohol	24	69	60								60	B
T	Dependencia de drogas	41	81	72								72	T

Síndromes severos										
SS	Desorden del pensamiento	32	80		76			76	76	SS
CC	Depresión mayor	20	63		59			59	59	CC
PP	Desorden delusional	29	88		84			84	84	PP

Indicador elevado >=85
Indicador moderado 75-84
Indicador sugestivo 60-74
Indicador bajo 35-59
Indicador nulo 0-34

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ)

Instrucciones: En la parte inferior se proporciona una lista de afirmaciones que una persona puede usar para describirse. Por favor, lea cada afirmación y decida cuán bien lo describe. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que *siente* emocionalmente, no en lo que *piensa* que es verdadero. Luego elija un número, de 1 a 6, y escriba este número en el espacio que antecede a cada afirmación.

ESCALA DE EVALUACION:

- 1 = Completamente falso sobre mí
- 2 = Mayormente falso sobre mí
- 3 = Ligeramente más verdadero que falso
- 4 = Moderadamente verdadero sobre mí
- 5 = Mayormente verdadero sobre mí
- 6 = Me describe perfectamente

(DE)

1. 5 La mayor parte del tiempo, no tuve a alguien que me cuide, que comparta su tiempo conmigo o que prestara atención a todas las cosas que me sucedían.
2. 4 En general, la gente no ha estado conmigo para proporcionarme protección, sostén y afecto.
3. 5 Durante la mayor parte de mi vida, no he sentido que haya sido especial para alguien.
4. 5 En general, no he tenido a alguien que realmente me preste atención, me comprenda o que sintonice con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
5. 5 Raramente he tenido a una persona importante que me brinde buenos consejos o dirección cuando no estaba seguro de lo que tenía que hacer.

(AB)

6. 1 Encuentro que me aferro a la gente próxima a mí porque tengo temor de que me pueda dejar.
7. 1 Necesito a otra gente hasta el punto que me preocupa la posibilidad de perderla.
8. 2 Me preocupa que la gente a la que siento próxima me vaya dejar o abandonar.
9. 1 Cuando siento que alguien que me importa se aleja de mí, llego a desesperarme.
10. 1 A veces estoy tan preocupado de que la gente me deje que termino alejándola.

(DA)

11. 3 Siento que la gente va a sacar ventaja de mí.
12. 4 Siento que no puedo estar con la guardia baja en presencia de otra gente, de lo contrario me puede hacer daño intencionalmente.
13. 4 Es sólo cuestión de tiempo el hecho de que alguien me engañe.
14. 3 Soy bastante suspicaz respecto a los motivos de otra gente.
15. 3 Usualmente estoy alerta para descubrir los motivos ocultos de la gente.

(ASA)

16. 4 Yo no encajo (en un grupo, en una reunión, etc.).
17. 5 Soy fundamentalmente diferente de otra gente.
18. 2 Yo no formo parte de nada; soy un solitario.
19. 5 Me siento aislado de otra gente.
20. 5 Siempre me siento fuera o al margen de los grupos.

(IV)

21. 4 Ningún hombre/mujer desearía amarme una vez que viera mis defectos.
22. 2 Nadie querría estar cerca de mí si realmente me conociera.
23. 1 Soy indigno del amor, atención y respeto de otros.
24. 2 Siento que no soy simpático.
25. 3 Soy inaceptable de muchas fundamentales maneras para revelarme auténticamente a otra gente.

(FR)

26. 1 Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en los estudios) es tan bueno como lo que otra gente es capaz de hacer.
27. 1 Soy incompetente cuando se trata de alcanzar logros o metas.
28. 1 La mayoría de la gente es más capaz que yo en áreas del trabajo y de los logros.
29. 1 No soy tan talentoso como lo es la mayoría de la gente en su trabajo.
30. 1 No soy tan inteligente como la mayor parte de la gente que trabaja (o estudia).

(DI)

31. 3 No soy capaz de arreglármelas yo solo en la vida diaria.
32. 4 Pienso que soy una persona dependiente, cuando veo cómo funciona a diario.
33. 1 Carezco de sentido común.
34. 1 No puedo confiar en mi propio juicio para enfrentar las situaciones diarias.
35. 3 No me siento confiado respecto a mi capacidad para solucionar los problemas que acontecen diariamente.

(VDE)

36. 1 Parece que no puedo escapar del sentimiento de que algo malo está cerca de suceder.
37. 1 Siento que un desastre (natural, criminal, económico o médico) puede ocurrir en cualquier momento.
38. 1 Me preocupa la posibilidad de ser atacado.
39. 1 Me preocupa que vaya a perder todo mi dinero y terminar como un indigente.
40. 1 Me preocupa que esté desarrollando una seria enfermedad, aun cuando nada grave ha sido diagnosticado por el médico.

(YD)

41. 1 No he sido capaz de independizarme de mis padres, como otra gente de mi edad parece haberlo hecho.
42. 1 Mis padres y yo tendemos a implicarnos excesivamente en nuestras vidas y problemas.
43. 1 Es muy difícil para mí y para mis padres mantener en reserva nuestros detalles íntimos, sin sentirnos traicionados o culpables.
44. 1 Con frecuencia siento que mis padres copan toda mi vida – No tengo una vida propia.
45. 1 Con frecuencia siento que no tengo una identidad separada de mis padres o de mi pareja.

(SB)

46. 3 Pienso que si hago lo que yo quiero, sólo estoy buscando problemas.
47. 5 Siento que no tengo otra elección que aceptar los deseos de otra gente, o de lo contrario se desquitará o me rechazará de alguna manera.
48. 3 En mis relaciones, yo dejo que la otra persona asuma el control.
49. 3 Siempre he dejado que otra persona elija por mí, de tal manera que realmente no sé qué es lo que quiero en verdad.
50. 6 Tengo muchos problemas para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tomados en cuenta.

(SS)

51. 1 Soy alguien que finalmente termino haciéndome cargo de la gente que me es cercana
52. 4 Soy una buena persona porque pienso en los otros más que en mí mismo.
53. 1 Estoy tan ocupado haciendo algo por la gente que quiero, que tengo poco tiempo para mí mismo.
54. 3 Siempre soy una persona que presta atención a los problemas de todo el mundo.
55. 3 Otras personas me ven como alguien que hace demasiado por otros y no lo suficiente por mí mismo.

(IE)

56. 5 Tengo demasiado autocontrol para demostrar sentimientos positivos a otros (p.e., afecto, demostrar atención).
57. 5 Siento vergüenza de expresar mis sentimientos a otros.
58. 4 Me resulta difícil ser cálido y espontáneo.
59. 6 Me controlo tanto que la gente piensa que soy reservado e indiferente.
60. 4 La gente me ve como emocionalmente rígido.

(EIH)

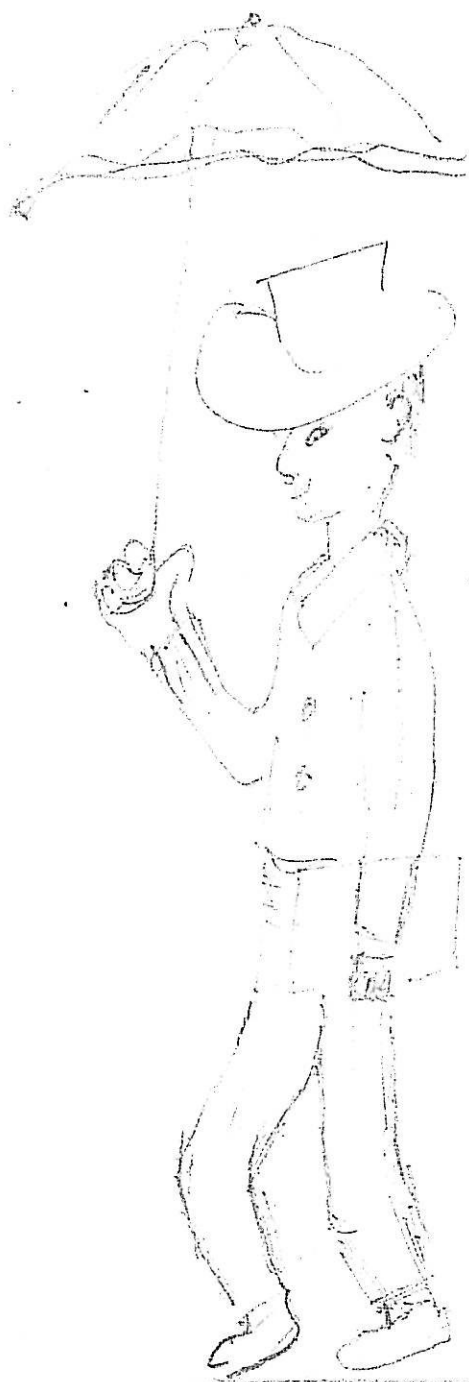
61. 5 Debo ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo.
62. 4 Procuro hacer lo mejor; no me conformo con algo "suficientemente bueno".
63. 6 Debo cumplir todas mis responsabilidades.
64. 5 Siento que hay una presión constante sobre mí para llevar a cabo y lograr que las cosas se hagan.
65. 6 No puedo dejar de autoculparme o de elaborar excusas por mis errores.

(IG)

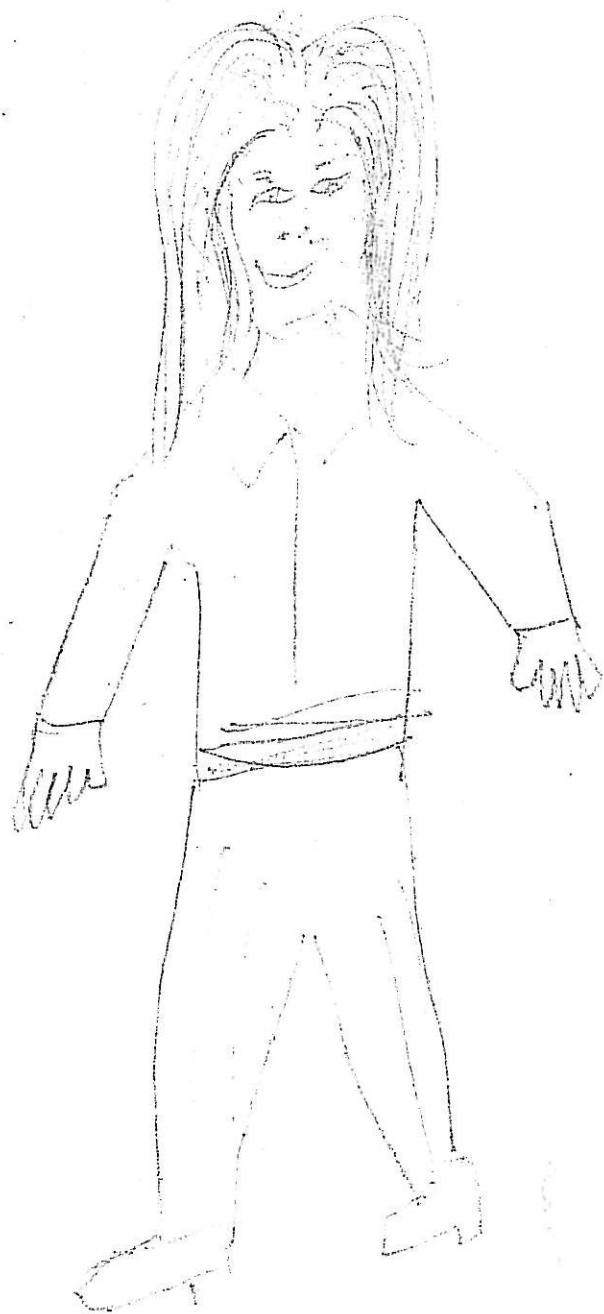
66. 2 Tengo muchos problemas para aceptar como respuesta un "no" cuando quiero alguna cosa de otra gente.
67. 6 Soy alguien especial y no debería tener que aceptar muchas de las restricciones que imponen a otras personas.
68. 5 Odio ser forzado o que me impongan límites para hacer lo que quiero.
69. 4 Siento que no debería tener que seguir las reglas y convenciones normales como lo hace otra gente.
70. 2 Siento que lo que tengo que ofrecer es de mucho más valor que las contribuciones de otros.

(AIA)

71. 1 Parece que no pudiera tener disciplina para cumplir tareas rutinarias o aburridas.
72. 4 Si no puedo lograr una meta, me llego a frustrar fácilmente y me doy por vencido.
73. 5 Tengo mucha dificultad para sacrificar una gratificación inmediata con miras a lograr una meta de mayor nivel.
74. 5 No puedo esforzarme en hacer las cosas que no me agradan, aun cuando sé que es por mi propio bien.
75. 5 Raramente he sido capaz de mantenerme apegado a mis resoluciones.



IP



und es fängt an zu
regnen. Die Kinder
sind sehr glücklich
und spielen im Regen.
Die Eltern stehen
dabei und schauen
zu. Die Kinder
sind sehr glücklich
und spielen im Regen.
Die Eltern stehen
dabei und schauen
zu.





HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Servicio de Diagnóstico y Consejo Psicológico

TEST DE FRASES INCOMPLETAS

NOMBRE

Eladio G. G.

EDAD

33

FECHA DE NACIMIENTO

28-09-78

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Superior

FECHA DE LA PRUEBA

30-07-83

INSTRUCCIONES: Aquí hay 60 frases incompletas que debe completar tan rápidamente como sea posible. Lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se le ocurra. No se detenga mucho en una sola frase. Si hay alguna que usted no pueda contestar ponga un círculo alrededor del número y trate de contestarla más tarde.

1. Siento que mi padre rara vez... *me da cariño y su amor*
2. Cuando la suerte está contra mí... *me frustra pero después busco Alternati*
3. No siempre quise... *ser una persona educada, culta y sabio*
4. Si yo estuviera encargado... *de ser el dios ayudando a todos*
5. Para mí, el mirar el futuro... *es maravilloso y hermoso (siempre soy optimista)*
6. Las personas que son mis superiores... *son sabios y tiene experiencias*
7. Se que es tonto pero tengo miedo de... *no lograr o co secchar mi esfuerzo*
8. Yo siento que es un verdadero amigo... *cuando es sincero, honesto*
9. Cuando yo era niño(a)... *jugaban, estudiaba y trabajaba*
10. Mi idea de una mujer (hombre) perfecta... *no hay perfecta pero si hay idora*
11. Cuando yo veo a un hombre y una mujer juntos... *están enamorados*
12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía... *es una familia trabajador*
13. En el trabajo yo me llevo bien con... *todos a menos que me hagan sentir*
14. Mi madre es... *trabajadora, luchadora, dulce y amorosa*
15. Haría cualquier cosa por olvidar... *el pasado, mis fracasos*
16. Si mi padre quisiera solamente... *a mi madre sería bueno*
17. Yo creo que tengo habilidad para... *servir al resto, jugar futbol, aprender*
18. Yo podría ser perfectamente feliz si... *estoy libre de mis temores*
19. Si la gente trabajara bajo mis órdenes... *no tendría éxito y tampoco sería fel*
20. Busco... *estabilidad emocional, conducta adecuada*
21. En la escuela mis profesores... *eran buenos y sabios*
22. Muchos de mis amigos no saben que tengo miedo... *porque no lo digo a nadie*
23. No me gusta la gente que... *me hace esperar, y que me fallan*
24. Hace algún tiempo yo... *no lo sé*

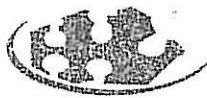
7. autogestión, alomando, a veces evito ir a lugares de placer por ahorrarme (controlar) de por qué siempre "pienso ad lo hice", organizado, planificado.
→ tener q ser evaluado (el que dicen)
→ temer a no poder controlar sus cosas personales.
→ quisiera sentirse aceptado.

18. Ha bien fallado, "no dicen tal" eliz y hora y no lo hicieron"
→ Con dificultad por perderse lo importante si no me hablan

"No niego, lo repito y me da"

25. Pienso que la mayoría de las muchachas (muchachos) son Buenos
26. Mi idea acerca de la vida matrimonial... es maravillosa pero también hay días
27. A mi familia le gusta tratarme... A que trabaje, no he estado mucho tiempo
28. Aquellos con quienes yo trabajo... son personas Trabajadora, alegres
29. Mi madre y yo... tenemos las mismas cualidades
30. Mi mayor error fue... dejar de estudiar porque pensé irme a E.E.U.
31. Yo quiero que mi padre... sea muy amable con mi madre y con nosotros
32. Mi mayor debilidad... enfarme, responder Bruscamente o Tosco, verbal
33. Mi secreta ambición en la vida... ganar mucho dinero y ser reconocido como
34. La gente que trabaja para mí... no nadie trabaja para mí
35. Algún día yo... seré un profesional exitoso y una persona Honrada
36. Cuando veo venir al jefe... terro que está pensando de que no ha trabajado
37. Quisiera poder perder el miedo... para triunfar en la vida
38. La gente que más me gusta... que sean honestos, sinceros
39. Si yo fuera joven o niño otra vez... no perdería ni un minuto. Aprovechando
40. Creo que casi todas las mujeres... son buenas en alguna cosa
41. Si yo tuviera relaciones sexuales... no lo sé
42. La mayoría de las familias que yo conozco... son muy amables y trabajadores
43. Me gusta trabajar con gente que... sea solidario, que luche por sus metas
44. Yo pienso que casi todas las madres... son maravillosas, son cercas
45. Cuando yo era joven, me sentí culpable de... hacer enojos a mi mamá
46. Yo pienso que mi padre es... trabajador, luchador y no conversa con los
47. Cuando la suerte está en mi contra... busco otras alternativas
48. Cuando doy órdenes a otros, yo... no me gusta dar ordenes, Pienso que he
49. Lo que yo deseo menos en la vida... que pase tan rápido los días
50. Cuando yo tenga más edad... estare disfrutando mis días libres
51. Aquellos a quienes yo considero mis superiores... son personas de mucha experiencia
52. Mis temores algunas veces me obligan... a ausentarme o salir de los países
53. Cuando yo no estoy cerca, mis amigos... no les interesa lo que hago
54. El más intenso recuerdo de mi infancia... jugar, estudiar y trabajar
55. Lo que menos me gusta de las mujeres... no se se quez muy celosas
56. Mi vida sexual... no lo sé
57. Cuando yo era niño, mi familia... eran Trabajadores
58. La gente que trabaja conmigo por lo general... son amigables, solidarios
59. Me gusta mi madre pero... esta lejos
60. La peor cosa que hice siempre... es tener la esperanza de ir a E.E.U.

2997 Prudente, cautelosa, no corr en la calle, no es correte, ni t loco; trabajadora, luchadora y muy seriosa en su padre. Cautela. Padre trabajador, muy paciente, muy fuerte, poco amable, discute. Hacia poco cariñoso.



TEST DESIDERATIVO (PERSONALIDAD)

DATOS DE FILIACION:

Nombres y Apellidos: E. C. G. Edad: 33

Grado de Instrucción: Sup. Técnico Sexo: M

Estado Civil: soltero Fecha de Nacimiento:

Fecha: Lugar de Nacimiento:

RESPONDE A LA BREVEDAD POSIBLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

En el supuesto caso de que usted no hubiese nacido hombre (mujer):

1.- ¿Qué animal quisiera ser? Ceballo

¿Por qué? fuerte, veloz, y hablar para el lado dulce, pero es
luchador en

2.- ¿Qué animal no quisiera ser nunca? lagarto

¿Por qué? miedo, miedo a morir, hacer daño.
lento y
calor.

3.- Diga los animales que le gusta:

a. Aguila ¿Por qué?

b. ¿Por qué?

c. ¿Por qué?

4.- Diga los animales que no le gusta:

a. gorgopata ¿Por qué?

b. ¿Por qué?

c. ¿Por qué?

5.- ¿Qué planta quisiera ser? Eucalipto

¿Por qué? crece derecho, recto y alto y huele rico; verde, pero

6.- ¿Qué planta no le gustaría ser? pesto.

¿Por qué? el viento se lo lleva, nacer lo quema, lo presen

7.- Diga las plantas que le gusta :

a. Cajinas ¿ Por qué ?.....

b. ¿ Por qué ?.....

c. ¿ Por qué ?.....

8.- Diga las plantas que no le gusta :

a. ¿ Por qué ?.....

b. ¿ Por qué ?.....

c. ¿ Por qué ?.....

9.- ¿ Qué fenómeno natural quisiera ser ?..... (Agua) Sol.

¿ Por qué ? Solo y todos lo admiran, es necesario y energico

10.- ¿ Qué fenómeno natural no quisiera ser ?..... fuero, trueno.

¿ Por qué ? Es muy espanta, gente que mere, perjudica y produce tristeza

11.- Diga los fenómenos naturales que le gusta :

a. ¿ Por qué ?.....

b. ¿ Por qué ?.....

c. ¿ Por qué ?.....

12.- Diga los fenómenos naturales que no le gusta :

a. ¿ Por qué ?.....

b. ¿ Por qué ?.....

c. ¿ Por qué ?.....

INTERPRETACION :

.....
.....
.....



Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler

DATOS PERSONALES DEL EXAMINADO

Nombre: E. Co Gómez Sexo: M
Fecha de Nac.: Puno - Pucallpa Lugar de Nac.: Puno - Pucallpa Estado Civil: S
Instrucción: Superior Técnico Ocupación: Operador de Finanzas
Tiempo de estadía en Lima:
Lugar de mayor permanencia al actual:
Examinador: N.G.V. Lugar: H.H.V.
Motivo de la prueba: Fecha y hora: Julio - 13

TABLA DE PUNTAJES EQUIVALENTES

A. PUNTAJES PESADOS

Puntaje Equivalente	Información	Comprensión	Aritmética	Similitudes	Mat. de Dígitos	Vocabulario	Dígitos Simbolos	Completam. de Figuras	Discrim. Cubos	Ordenam. de Figuras	Composic. de Objetos	Puntaje Equivalente
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	23-24	21	14	20	13	59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	22	20	13	19	12	55-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	21	19	12	18	11	51-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	20	18	11	17	10	47-50	54-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	19	17	10	16	9	43-46	50-53	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	18	16	9	15	8	39-42	46-49	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	17	15	8	14	7	35-38	42-45	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	16	14	7	13	6	31-34	38-41	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	15	13	6	12	5	27-30	34-37	5	13-16	9-11	15-18	5
4	14	12	5	11	4	23-26	30-33	4	10-12	8	11-14	4
3	13	11	4	10	3	19-22	26-29	3	6-9	7	8-10	3
2	12	10	3	9	2	15-17	22-25	2	3-5	6	5-7	2
1	11	9	2	8	1	11-14	18-21	1	2	5	3-4	1
0	10	8	1	7	0	7-10	14-17	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO

TEST	P	E
INFORMACION	19	12
COMPRESION	23	15
ARITMETICA	6	6
SEMEJANZAS	19	13
MEMORIA-DIGITOS	9	7
VOCABULARIO	57	12
PUNTAJE VERBAL	105	
DIGITOS-SIMBOLOS	58	11
COMPLETAM. FIGURAS	4	4
DISEÑO DE CUBOS	34	10
ORDENAM. DE FIGURAS	20	9
COMPOSICION-OBJETOS	33	10
PUNTAJE EJECUCION	91	
PUNTAJE TOTAL	196	
PUNTAJE VERBAL	105	N
PUNTAJE EJECUCION	91	N
PUNTAJE TOTAL	196	N

1. INFORMACION

PUNTOS
160

PUNTOS
160

1. Bandera	1	11. Estatura-mujer	1	21. Senadores	1
2. Pelota	1	12. Italia	1	22. Cervantes	1
3. Meses	1	13. Ropas	1	23. Temperatura	1
4. Termómetro	1	14. Jesús	1	24. Iliada	1
5. Goma	1	15. "La vida es sueño"	1	25. Conductos	1
6. Presidentes	1	16. Vaticano	1	26. Carán	1
7. Ricardo Palma	1	17. Lima-Tumbes	1	27. Fausto	1
8. Semanas	1	18. Egipto	1	28. Etnología	1
9. Lima-Trujillo	1	19. Levadura	1	29. Apócrifos	1
10. Brasil	1	20. Habitantes	1	TOTAL PUNTOS	19

OBSERVACIONES:

2. COMPRENSION

Puntos
2 1 0 0

1. Ropa	2
2. Máquina	2
3. Sobre lo llevo a la dirección	1
4. Malas compañías Te pueden involucrar con ellos.	1
5. Cine que me acerco a los trabajadores y los ayudo para q' trabajen	2
6. Impuestos que son política del estado, de la constitución	1
7. Fierro uno que insistió en las cosas mientras pueda, de bueno	2
8. Trabajo Así los niños no son explotados por ellos, lo...	2
9. Bosque me guían por la dirección del sol, buscando un mar.	2
10. Sordos no han podido escuchar el habla de ellos	2
11. Terreno en la ciudad hay arenas, sob, más cosas por eso cuenta	1
12. Matrimonio. Porq' deben estar registrado, una familia.	2
13. Nueces Hay gente q' habla mucho y al final no hace nada	2
14. Golondrina Una vez q' hegas algo bueno no significa q' puedas ser una persona de ejemplo.	2

TOTAL PUNTOS: 15

4. SEMEJANZAS

Puntos
2 1 0 0

1. Naranja-Plátano	son frutas	2
2. Abrigo-Vestido	prendas de vestir	2
3. Hacha-Serrucho	instrumentos para cortar	2
4. Perro-León	animales, protectores.	2
5. Norte-Oeste	direcciones	2
6. Ojo-Oreja	partes del rostro, partes de la cabeza	2
7. Aire-Agua	elementos de la tierra	2
8. Mesa-Silla	son mobiliarios.	2
9. Huevo-Semilla	a partir de lo 2 nace algo.	2
10. Poema-Estatua	dos obras como fin de amor.	1
11. Medusa-Alcohol	ambos son fuertes	-
12. Elogio-Castigo	Tiene q' darle a alguien externo.	-
13. Mosca-Arbol	ambos son parte de la naturaleza	1

TOTAL PUNTOS: 19

3. ARITMETICA

1. 15"		0	1
2. 15"		0	1
3. 15"	9	0	1
4. 15"	4	0	1
5. 30"	1130	1	1
6. 30"	280	0	1
7. 30"	6	0	1
8. 30"	2	1	1
9. 30"	33	1	1
10. 30"	11.50	1	1
11. 60"	45	1	1-10
12. 60"		0	1-10
13. 60"		0	1-10
14. 120"		0	1-10

TOTAL PUNTOS: 16

5. MEMORIA DE DIGITOS

DIRECTO

5-8-2	1
8-9-4	1
6-4-3-9	1
7-2-8-6	1
4-2-7-3-1	1
7-5-8-3-6	1
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	8
7-1-3-9-4-2-5-8-8	8

INVERSO

2-4	1
5-8	1
6-2-9	1
4-1-5	1
3-2-7-9	1
4-9-6-8	1
1-5-2-8-6	1
6-1-8-4-3	1
5-8-9-4-1-8	1
7-2-4-8-5-8	1
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-8-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8

PALABRAS		Puntos 2 1 0	VOCABULARIO
1. Cama	2	-	
2. Buque	2		
3. Centavo	2		
4. Invierno	2		Estación más fría del año
5. Reparar	2		Arreglar algo q' está dañado
6. Desayuno	2		La primera comida del día.
7. Tejido	2		elaboración a base de hilos.
8. Tajada	1		Porción de algo, pedazo.
9. Ensamblar	2		Colocar las piezas de modo q' formen un todo
10. Ocultar	2		Tapar, esconder.
11. Enorme	2		Algo demasiado grande inmenso.
12. Acelerar	2		Ir muy rápido, demorarlo
13. Sentencia	2		el juez da una orden al condenado;
14. Regularizar	2		poner en regla algo.
15. Empezar	2		iniciar, comenzar.
16. Deliberar	1		Ponerse de acuerdo varias personas y dar un resultado.
17. Caverna	-		Lugar antiguo donde habitaron antiguos hombres, refugio.
18. Designar	2		encargar algo a alguien
19. Doméstico	2		q' puedes tratar, dominarlo.
20. Consumir	2		gastar algo
21. Terminar	2		culminar algo.
22. Obstruir	2		Poner trabas, no dejar q' algo pase.
23. Remordimiento	-		cuando uno recuerda su error hacia alguien
24. Santuario	1		lugar donde se puede ir a rezar.
25. Incomparable	2		es único, no se puede comparar.
26. Refractario	-		lugar donde está muy hermitizo, guardado.
27. Calamidad	-		relacionado a pobreza.
28. Entereza	2		persona q' tiene fuerza, agarrada. Coraje.
29. Tranquilo	2		calmado, apacible.
30. Edificio	2		construcción grande
31. Compasión	2		Sentimiento q' tienes por los demás
32. Tangible	-		con cambios
33. Perímetro	1		la arca, el límite de un lugar.
34. Audaz	1		aquella persona q' se atreve a hacer las cosas.
35. Ominoso	-		
36. Inactiva	-		
37. Abrumar	2		persona preocupada. Sobrecargado
38. Plagiar	1		copiar algo.
39. Espetar	-		
40. Parodia	2		cómic, ridiculizar una situación de la vida real

TOTAL PUNTOS:

59

9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3

EJEMPLO

7. DIGITOS
SIMBOLOS

1

2

3

4

5

6

7

8

9

58
PUNTOS

9. COMPLETAMIENTO DE FIGURAS

FIGURA	PUNTO
1. Perilla	1
2. Cola	1
3. Nariz	1
4. Menizuela	1
5. Rombo	4
6. Agua	1
7. Puente	1
8. Clavija	1
9. Guarda	1
10. Rosca	1
11. Laurel	1
12. Huelles	1
13. Tacna	1
14. Chimeneas	1
15. Pata	1
16. Imagen Brazo	1
17. Dado	1
18. Sombra	1
19. Estribo	1
20. Nieve	1
21. Caja	1
TOTAL PUNTOS	21

9. DISEÑO DE CUBOS

DISEÑO	tiempo	PUNTOS
1. 60°	2	0 2 4
2. 60°	2	0 2 4
3. 60°	10	0 4
4. 60°	8	0 4
5. 60°	10	0 4
6. 60°	11	0 4
7. 120°	22	0 4 5 8
8. 120°	93	0 4 5 6
9. 120°	128	0 4 5 6
10. 120°	62	0 4 5 6

TOTAL PUNTOS: 34

10. ORDENAMIENTO DE FIGURAS

FIGURAS	tiempo	PUNTOS
1. Nido 60°	2	0 2 4 WXY
2. Casa 60°	2	0 2 4 PAT
3. Asalto 60°		0 4 ABCD
4. Luis 60°		0 4 ATOMIC
5. Entrar 60°		0 4 OPENS
6. Amorío 60°		0 2 JNAET JANET AJNET
7. Pesca 120°		0 2 EGFHIJ 5 EFGHIJ EFGHIJ
8. Taxi 120°		0 2 SALMUE 4 5 SAMUEL AMUELS

TOTAL PUNTOS: 20

11. COMPOSICION DE OBJETOS

OBJETO	tiempo	PUNTOS
Hombre 120°	19	0 1 2 3 4 5 6 7 8 46-120 38-46 28-35 1-25
Perfil 120°		0 1 2 3 4 5 6 7 8 41-50 31-40 1-30 11 12 13
Mano 180°		0 1 2 3 4 5 6 7 51-180 9 10 11
Elefante 180°		0 1 2 3 4 5 6 7 51-180 31-50 21-30 1-20 10 11 12

TOTAL PUNTOS: 59

ROL DE LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Anime a su paciente a tomar la medicación prescrita por su psiquiatra.

Tú puedes ayudar mejor a la persona con esquizofrenia si estas **CALMADO Y RELAJADO.**

¿Qué hacer ante una recaída?

Comunicarlo al psiquiatra. Si esto no es posible acudir con el paciente a Emergencia.

No debe amenazarle al paciente con el ingreso, este no es un castigo, sino a veces una parte necesario del tratamiento

Reanudar el tratamiento con la medicación.

Ante una actitud violenta no pierda la tranquilidad. Que tranquilice al paciente la persona más calmada

HABILIDADES PARA RESOLVER PROBLEMAS

1. Definir el problema.
2. Proponer alternativas u opciones.
3. Elegir las alternativas razonables.
4. Desarrollar un plan o estrategia a implementar.
5. Ejecutar el plan.
6. Evaluar los resultados.
7. Gratificarse por el logro.

¿Cómo reconocer una recaída?

- Cambios en el estado de ánimo: más tristes, más serios, irritables.
- Cambios en la conducta: comportamiento extraño: desconfiados, retraídos, insomnio

¿Cómo evitar las recaídas?

La comunicación de los familiares con el paciente es muy importante, la respuesta emocional de los familiares a la enfermedad del paciente puede conducir a un empeoramiento de los síntomas.



HOSPITAL HERMITIO VALDIZÁN
Servicio de Psicología - Diagnóstico

TALLER PSICOEDUCACIONAL DE APOYO A LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA



Psicóloga responsable:

María Elena Apumayta Rosas

Servicio de Psicología Diagnóstico

Teléfonos: 494-2410

494-2516

Anexo: 265

La esquizofrenia es:

- Una enfermedad mental grave.
- Implica una perturbación del funcionamiento cerebral.
- Vuelve a los pacientes vulnerables al estrés.



Por ello, es importante:

- El tratamiento farmacológico.
- Evitar actitudes negativas como la crítica, la hostilidad y la sobreprotección para mantener equilibrados los niveles de estrés.



¿Qué hacer ante las ALUCINACIONES?

N O	- Poner en duda lo que el paciente comenta, restarle importancia, reírse o descalificarle.
	- Ignorar o evitar la conversación si el paciente desea hablar de ello.
E N	- Actuar de manera que crea que sus alucinaciones son reales.
	- Conocer cómo y en qué influyen al paciente: ¿le dan órdenes?
C A M B I O	- Evitar ambientes ruidosos, favorecer ambiente tranquilo y silencioso.
	- Comunicarle y hacerle ver que sabemos lo que oye, que le creemos, tranquilizarlo.
E N	- Centrar la atención en una conversación o actividad de interés para él.
	-

¿Qué hacer ante la INACTIVIDAD?

- NO** Culpabilizarle y echarle en cara que no hace las cosas porque no quiere. Acusarle de vago.
- NO** Exigirle cosas que no puede hacer en su estado actual.

¿Qué hacer ante la AGRESIVIDAD?

N O	- Retarlos.
	- Entrar en la riña, insultarles, discutir.
E N	- Amenazarle con el ingreso al hospital.
	- Intentar desarmarle si lleva un arma.
C A M B I O	- Adoptar una actitud segura, tranquila y firme, hablarle en voz baja y no amenazante.
	- Disminuir los estímulos ambientales: luz, volumen de radio, tv, etc.
E N	- Despejar mobiliario u objetos con los que se pueda hacer daño.
	- Preguntar si está enfadado, cuáles es el motivo, y hablar del mismo.
C A M B I O	- Asegurarle que no somos una amenaza para él.
	- Saber siempre donde está.
E N	- Buscar a la persona en quien más confía para que intente contenerla. Si tiene un arma y nadie sabe quitar armas, es mejor ponerse en contacto con la policía.
	-

¿Qué hacer ante los DELIRIOS/ DELUSIONES?

N O	- Empeñarse en sacarle de su error.
	- Discutir las ideas extrañas.
E N	- Comentar disimuladamente con otros.
	- Prestar atención a lo que dice, para entender su angustia.
C A M B I O	- Escucharle sin hacer comentarios, hacerle ver que comprendemos que está asustado o enfadado.
	- Mostrar confianza con ellos. No hacer falsas promesas.
E N	- Plantear dudas sin llegar a discutir con él cuando dé muestras de poder, aceptar la crítica de sus ideas delirantes.
	-

DECIR LO QUE QUIERO SIN CAUSAR TENSIONES

Haga peticiones no exigencias.

Primero de la información positiva

Centrase en lo actual y no saque a relucir las cosas del pasado.

Evite expresiones como NUNCA o SIEMPRE.

Expresa su satisfacción por las cosas que él ha hecho y que no le desagradan.

- Desarrollar estilos adecuados de Comunicación.



- Fortalecer la Capacidad de Toma de Decisiones.



¿Quiénes pueden participar del Taller de Habilidades Sociales?

- Personas con tratamiento en el Hospital que presenten dificultades para establecer relaciones interpersonales derivados por el Médico Tratante.

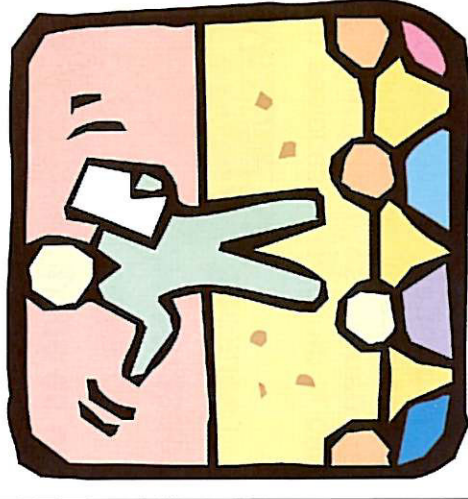
Psicólogos responsables:

- Sandra Luza Santivañez
- Milton Hernández Bustamante



HOSPITAL HERMITIO VALDIZAN
"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"

Servicio de Psicología - Diagnóstico



"TALLER DE HABILIDADES SOCIALES"

2012

Servicio de Psicología Diagnóstico
Teléfono: 2115350
Anexo 265

Presentación

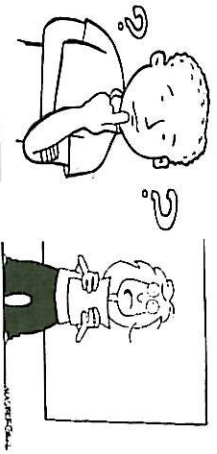
El Servicio de Psicología Diagnóstico del Hospital Herminio Valdizán los invita a participar del **TALLER DE HABILIDADES SOCIALES**.



¿Qué es un Taller de Habilidades Sociales?

Son sesiones grupales en la que los participantes tienen la oportunidad de interactuar e incrementar la seguridad y confianza en sí mismo.

¿A quiénes va dirigido?



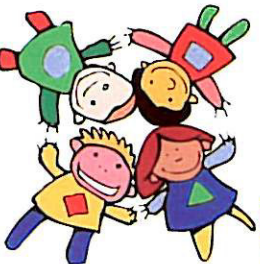
Está dirigido a personas con dificultades para establecer relaciones interpersonales, familiares laborales, en su relación de pareja, etc.

¿Qué son las Habilidades Sociales?



Son conductas que expresan sentimientos, actitudes, opiniones o derechos de un modo adecuado lo cual incrementa los niveles de autoestima y seguridad en uno mismo.

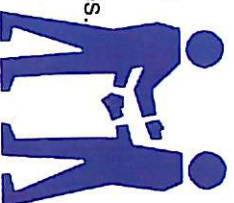
¿Por qué son importantes las Habilidades Sociales?



Las Habilidades Sociales contribuyen en la mejora de la calidad de vida, incrementan los niveles de autoestima y previenen la aparición de emociones negativas al sentirnos rechazados o socialmente incompetentes.

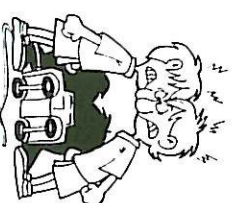
¿Qué actividades se realizan en el Taller de Habilidades Sociales?

- Brindar información acerca de las Habilidades Sociales.



- Desarrollar estilos de Comunicación Asertiva.

- Instruir en técnicas de Relajación.



- Contribuir en el incremento de la Autoestima.

